

Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny

**CONSTRUINDO UM PERFIL DE COMPETÊNCIAS
ESPECIALIZADAS**

**Um percurso pelos cuidados de Enfermagem em pessoa
em situação crítica em contexto de urgência, ao contexto
de cuidados intensivos e as técnicas de substituição da
função renal**

Zélia Maria Freitas Barreto

**Relatório de Estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem São
José de Cluny para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica**

Funchal,

2017

Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny

**CONSTRUINDO UM PERFIL DE COMPETÊNCIAS
ESPECIALIZADAS**

**Um percurso pelos cuidados de Enfermagem em pessoa
em situação crítica em contexto de urgência, ao contexto
de cuidados intensivos e as técnicas de substituição da
função renal**

Zélia Maria Freitas Barreto

Orientadora: Prof.^a Doutora Luísa Santos

Co-Orientadora: Prof.^a Teresa Ornelas

**Relatório de Estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem São
José de Cluny para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica**

Funchal,

2017

Quebro as algemas neste meu lamento,
Se renasço a cada momento,
Meu destino na vida é maior.
Também eu vou em busca da luz
Saio daqui onde a sombra seduz.
Também eu estou à espera de mim
Algo me diz que a tormenta passará.
É preciso perder para depois se ganhar
E mesmo sem ver, acreditar.
É a vida que segue e não espera pela gente
Cada passo que demos em frente
Caminhando sem medo de errar.
Creio que a noite sempre se tornará dia
E o brilho que o sol irradia
Há-de sempre me iluminar.
Sei que o melhor de mim está pr'a chegar!

AC Firmino, cantada na voz de Mariza.

AGRADECIMENTOS

Agradeço todos os apontamentos certos da coorientadora e orientadora deste trabalho, Prof. Teresa Ornelas e Prof. Luísa Santos, que me ajudaram a organizar todo o relatório.

Agradeço também aos enfermeiros, em particular aos especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica que me acompanharam nos locais de estágio, nomeadamente ao Enf.º Vítor Basílio, Enf.º Paulo Baltazar e Enf.º João Silva.

E como uma imagem vale mais que mil palavras:



Agradeço, de coração, a todos aqueles que, de alguma forma, me ajudaram nesta etapa.

Bem-Hajam! ❤️

RESUMO

Este relatório insere-se no âmbito do I Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica, da Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny e destina-se à avaliação da unidade curricular “Relatório de Estágio”, conducente ao grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Perante isso, impôs-se a necessidade de relatar o desenvolvimento de competências especializadas, ao longo de contextos de práticas clínicas (estágios), incluindo as características conducentes ao grau de Mestre.

Tem como objetivo demonstrar o desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na vertente da pessoa em situação crítica. A metodologia selecionada é a descritivo-analítica e reflexiva.

O desenvolvimento de competências deu-se ao longo do percurso formativo no Serviço de Urgência do Hospital Nélio Mendonça, com uma semana prévia no Serviço Regional de Proteção Civil da Madeira, na Unidade de Urgência Médica do Hospital São José e na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Hospital Santo António, com particular enfoque no cuidar na pessoa em situação crítica, acometida de lesão renal aguda e com prescrição de técnicas de substituição da função renal.

Ao longo da descrição, surge a análise científica e crítica das atividades desenvolvidas ao longo dos diferentes contextos dos estágios clínicos, fundamentadas em evidência científica.

Todo o relatório consegue traduzir os ganhos competentes de um percurso exigente, que constroem um perfil de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, em especial na sua área de eleição – Enfermagem em pessoa em situação crítica, com destaque para as submetidas a técnicas de substituição da função renal. Além disso, engloba ainda a certificação de competências equivalentes ao grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Palavras Chave (DeCS): Enfermagem Médico-Cirúrgica; Competências; Estágios Clínicos; Cuidados Intensivos, Urgência, Técnicas de Substituição Renal.

ABSTRACT

This report was written as a part of the "Internship Report", a curricular unit of a Master's Degree in Surgical Medical Nursing at Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny.

Its purpose is to showcase the development of specialized skills across different clinical settings (i.e. internships), including key traits leading to a Master's degree. More specifically, it aims to demonstrate the development of specialized skills in Medical-Surgical Nursing, in the field of critical care. The methodology used throughout this report is descriptive-analytical and reflexive.

Skill development took place during a non-emergency training course at the Nélcio Mendonça Hospital, as well week-long practices at the Civil Protection Service of Madeira, the Medical Emergency Unit of the São José Hospital and the Multipurpose Intensive Care Unit of the Santo António Hospital. Throughout this practice, a special emphasis was given to providing care to critical patients diagnosed with acute renal injury prescribed with renal function replacement therapy.

Throughout this report, a scientific and critical analysis of the activities carried out in the different clinical contexts is made.

This report aims to illustrate the demanding nature of the skill acquisition process involved in becoming a specialist in Medical-Surgical Nursing while providing care to critical patients submitted to renal function replacement therapy. Furthermore, it includes the certification of the skills that are equivalent to a Master's Degree in Medical-Surgical Nursing.

Key-Words (DeCS): Medical-Surgical Nursing, Competence, Clinical Clerkship, Critical Care, Emergencies, Renal Replacement Therapy.

ABREVIATURAS E SIGLAS

ACSA - Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía
ACSS – Administração Central dos Sistemas de Saúde
AVC – Acidente Vascular Cerebral
BPS – Behavior Pain Scale
CDE – Código Deontológico do Enfermeiro
CHKS - Healthcare Intelligence and Quality Improvement Service
CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
DGS – Direção-Geral de Saúde
dl – decilitro
DQS – Departamento de Qualidade e Saúde
ECG – Eletrocardiograma
ECMO - Extracorporeal Membrane Oxygenation
EEEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica
ELSO - Extracorporeal Life Support Organization
EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica
EMI – Equipa Emergência Interna
EMIR – Equipa Médica de Intervenção Rápida
Enf.º - Enfermeiro
ERC – European Resuscitation Council
EVA – Escala Visual Analógica
h – hora
HJS – Hospital São José
HNM – Hospital Dr. Nélio Mendonça
HSA – Hospital Santo António
ICN – *International Council of Nurses*
IPST – Instituto Português do Sangue e Transplantação
IRA – Insuficiência Renal Aguda
KDIGO - Kidney Disease Improving Global Outcomes
kg – quilograma
l – litro
LRA – Lesão Renal Aguda
mEq – milequivalente

mg – miligramas

ml – mililitro

°C – graus Celsius

OE – Ordem dos Enfermeiros

OM – Ordem dos Médicos

OMS – Organização Mundial de Saúde

p. – página

PCR – Paragem Córdiorrespiratória

pp. – páginas

RAM – Região Autónoma da Madeira

REPE – Regulamentação do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SAV – Suporte Avançado de Vida

SESARAM – Serviço de Saúde da Região da Autónoma da Madeira

SLED - Sustained Low-Efficiency Dialysis

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SRPCRAM – Serviço Regional de Proteção Civil da Região Autónoma da Madeira

SU – Serviço de Urgência

TSFR – Técnicas de Substituição da Função Renal

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UUM – Unidade de Urgência Médica

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO.....	13
CAPÍTULO I - CONSTRUINDO UM PERFIL DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS	15
CAPÍTULO II – UM PERCURSO PELOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA EM CONTEXTO DE URGÊNCIA, AO CONTEXTO DE CUIDADOS INTENSIVOS E AS TÉCNICAS DE SUBSTITUIÇÃO DA FUNÇÃO RENAL	23
2.1 Do Contexto de Urgência, ao Contexto de Cuidados Intensivos	25
2.2 Técnicas de Substituição da Função Renal.....	30
2.3 Percurso pelo Desenvolvimento das Competências de Enfermeiro Especialista ...	35
2.3.1 Competências Específicas: Cuidando da Pessoa a Vivenciar Processos Complexos de Doença Crítica e/ou Falência Orgânica.....	35
2.3.2 Competências Específicas: Dinamizando a Resposta a Situações de Catástrofe ou Emergência Multi-vítima	62
2.3.3 Competências Específicas: Maximizando a Intervenção na Prevenção e Controlo da Infecção	63
2.3.4 Competências Comuns: Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	66
2.3.5 Competências Comuns: Domínio da Melhoria da Qualidade.....	75
2.3.6 Competências Comuns: Domínio da Gestão dos Cuidados.....	83
2.3.7 Competências Comuns: Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais	90
CONCLUSÃO	95
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	97
APÊNDICES	115
APÊNDICE A- DOCUMENTO DE APOIO À PRESCRIÇÃO DE TSFR NA UCIP DO HOSPITAL SANTO ANTÓNIO, PORTO.....	116

INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular – Relatório de Estágio, do I Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny (ESESJC), foi-me proposto a realização deste trabalho, temporalmente reportado ao 2º ano, 3º semestre deste curso. Este mesmo relatório servirá como metodologia de avaliação do 2º ciclo de estudos do ensino superior, conducente ao grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC).

Sou enfermeira de cuidados gerais há dez anos e durante todo o meu percurso profissional até aqui, tenho procurado honrar a profissão que escolhi, conferindo arte, ciência e humanidade na prestação de cuidados. Há cerca de dois anos, experimentei a necessidade de reformular os meus saberes, fundamentar aqueles de natureza mais empírica, adequar a minha postura profissional e perceber como alicerçar os meus cuidados em pilares éticos, legais, gestão e desenvolvimento profissional. Esta necessidade coincidiu com a minha integração num serviço de cuidados intensivos, onde a necessidade de cuidados especializados sobressai-se por entre exigências de alta complexidade ao nível da resposta às pessoas em situação crítica e suas famílias que, em alguma altura da vida, por lá passam. Por estas razões, pareceu-me propositado o ingresso na especialidade EMC, sendo que o meu principal interesse dirige-se para os cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica.

A Ordem dos Enfermeiros (OE), no regulamento 120/2011, define enfermeiro especialista como aquele que detém um “conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão (...)” (p.8648).

A pessoa em situação crítica é definida pela OE, no regulamento 124/2011, como aquela “cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (p.8656). Neste mesmo regulamento, a OE explica que os cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados, possibilitando uma resposta especializada às necessidades afetadas decorrentes das funções vitais em risco, antecipando, prevenindo complicações e limitando incapacidades.

Assim sendo, o objetivo deste relatório será demonstrar o desenvolvimento de competências especializadas em EMC, na vertente da pessoa em situação crítica, bem como certificar a aquisição de atributos de Mestre na mesma área.

Os locais da prática clínica que reuniram a matéria prima para o desenvolvimento de competências especializadas, foram o Serviço Regional da Proteção Civil da Região Autónoma da Madeira (SRPC-RAM), Serviço de Urgência (SU) do Hospital Nélcio Mendonça (HNM), Unidade de Urgência Médica (UUM) do Hospital São José (HSJ) e Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) do Hospital Santo António (HSA).

A metodologia será descritivo-analítica e reflexiva, utilizando-se como instrumentos, a pesquisa bibliográfica e consulta metódica e exaustiva de bases de dados (EBSCO, RCAAP, Scielo, PubMed, GOOGLE® Académico, entre outros), bem como a reflexão pessoal e discussão com a orientadora e coorientadora.

Optei por começar a abordar as competências específicas, ao contrário do que havia planeado na proposta de Mestrado, uma vez que acabei por perceber que faria mais sentido, atendendo a que as competências comuns são desenvolvidas a partir dos contextos da prática clínica, escolhidos em função das competências específicas que procuro desenvolver. Todavia, adquirimos competências através da interação dos vários saberes, atribuíveis aos vários domínios que as englobam. Esta minha opção deveu-se, ainda, à necessidade de expor as características que desenvolvi por forma a conduzir à atribuição do grau de Mestre, analogicamente relacionadas com as competências comuns de enfermeiro especialista, no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, pelo que será o subcapítulo final.

Deste modo, o relatório encontra-se estruturado de acordo com as competências específicas e comuns do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC), na vertente dos cuidados à pessoa em situação crítica, não sem antes contextualizar os contextos da prática clínica, incluindo a escolha específica pela área das técnicas de substituição da função renal (TSFR). Porém, antes de iniciar o relato, falarei, de uma forma reflexiva e integrativa, acerca do desenvolvimento de competências, a partir de algumas evidências científicas.

No que concerne ao tratamento de fontes, citações e referências bibliográficas, utilizarei as normas preconizadas pela ESESJC, englobando as normas da American Psychological Association (APA, 6ª Edição, 2010), adaptadas no documento “Normas Orientadoras para a Elaboração de Trabalho Académicos” (2015).

CAPÍTULO I - CONSTRUINDO UM PERFIL DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

Como referencia Santos Rua (2011), assiste-se a uma globalização crescente, que mostra o quanto a sociedade contemporânea, caracterizada por uma evolução científica e tecnológica ímpar, pode ser competitiva, exigente, inovadora e interativa. Estes aspetos obrigam à aquisição de atitudes proativas e permanentes, para manter uma constante atualização de competências e saberes ao longo da vida. Tudo isto força a Enfermagem para um olhar sobre o futuro centrado em soluções que possam zelar pela qualidade dos cuidados prestados (Gomes, 2015).

Atualmente, os serviços de saúde vêm-se confrontados com uma população mais exigente em termos de informação, com novas doenças, com novos e mais complexos meios de diagnóstico e terapêutica, com meios de monitorização cada vez mais tecnológicos. A formação na área da saúde não pode ser indiferente a esta realidade e a aposta numa formação de enfermeiros cada vez mais avançada, tem dado frutos em países desenvolvidos, trazendo maior produtividade ao sistema de saúde e melhores níveis de saúde das suas comunidades (Gomes, 2015).

A vontade de investir na formação surge com a necessidade de atualizar os conhecimentos e promover a aprendizagem contínua, apoiada em válidos e sólidos conhecimentos científicos. Sabe-se que hoje o paradigma da formação é outro, com os formandos no centro da ação pedagógica, sendo-lhes imputada a responsabilidade pela própria aprendizagem (Santos Rua, 2011).

Sousa (2013) diz que os enfermeiros são membros ativos e participativos na sociedade e que, ao longo dos anos de profissão, precisam de adquirir os saberes necessários para gerar competências próprias e qualificações que sejam válidas no âmbito social e profissional. Realça-se a ideia de Sousa (2013), de que a relação do conceito de cuidados de Enfermagem e competência profissional é um processo dinâmico, de interação e mobilização de saberes, que culminam num agir profissional assertivo.

Competência profissional é a capacidade de utilizar os conhecimentos, as habilidades e o juízo assertivo durante o exercício profissional (Gomes-Rojas, 2015). O mesmo autor realça que a competência refere-se à função, tarefas e papéis do profissional, bem como à missão de desempenhá-los de uma forma adequada e idónea.

A competência profissional é, portanto, um conjunto de conhecimentos, procedimentos e atitudes que, de forma coordenada e integrada, concebem a maneira como o indivíduo “sabe fazer” e “sabe estar” durante o exercício profissional (Gómes-Rojas, 2015, p.50). Para este autor, o domínio destes saberes dota o profissional com capacidades para atuar com eficácia em diversas situações profissionais.

As competências apenas podem ser reconhecidas através da ação (Gómes-Rojas, 2015). Portanto, saber e saber fazer (capacidades), por si só, não tornam um profissional competente. Saber não é ter, é utilizar os recursos da forma mais eficiente possível (Gómes-Rojas, 2015).

Assim, competência é um processo de “prática-ação” constante para saber (conhecimento), saber fazer (procedimento), saber estar e ainda saber ser (atitudes) (Tejada, 1999, referido por Gómes-Rojas, 2015).

Serrano, Carneiro da Costa e Nunes da Costa (2011) desenvolveram um estudo qualitativo e etnometodológico acerca do desenvolvimento de competências nos enfermeiros. As principais conclusões foram que este desenvolvimento resulta da articulação entre a equipa de saúde em que se integram, o contexto de trabalho e os saberes. Através da análise do complexo estudo, chegou-se à conclusão que o contexto é determinante no desenvolvimento de competências através da cultura presente (serviço), um fator muito importante a considerar.

Torna-se interessante referenciar, atendendo à natureza deste relatório, um estudo de investigação relacionado com os cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica, desenvolvido por Correia (2012) – “Processo de construção de competências em UCI” – um estudo qualitativo com orientação etnográfica. Entre as principais conclusões, encontra-se a noção de que o contexto (lugar e ambiente) do desenvolvimento de competências é, desde o momento de integração do enfermeiro, um fator de grande influência, mas, ao contrário do que o estudo anterior nos indicou, são as estratégias utilizadas por cada um que assumem o fator determinante.

Correia (2012) identifica ainda, como conclusão do seu estudo, alguns fatores que influenciam o processo de aquisição de competências nas unidades de cuidados intensivos (UCI): a motivação, assumida como uma característica que revela interesse em saber, dinamismo e elevada responsabilidade; confiança no seu campo de conhecimento e reconhecimento das limitações; perícia nos diversos procedimentos, que é um requisito muito valorizado pelo enfermeiro devido à contribuição inevitável para a sua autoconfiança e factor de reconhecimento da sua efetiva integração no contexto dos cuidados intensivos; conhecimentos e gostar de aprender, por forma a responder às exigências de uma área polivalente e com múltiplas situações de risco; formação e atualização de procedimentos.

Desde 1998, com a criação da OE, que a Enfermagem é reconhecida, em termos legais, como uma profissão e que os enfermeiros formam um grupo profissional e

científico com grande relevância para o funcionamento dos serviços de saúde (Santos Rua, 2011). Foi neste âmbito que foram definidas as competências dos enfermeiros de cuidados gerais, inicialmente nos domínios da prática profissional, ética e legal, bem como da prestação e gestão de cuidados e do desenvolvimento profissional (Santos Rua, 2011).

Na primeira década do século 21, surgiram as competências do enfermeiro de cuidados gerais e a definição dos padrões de qualidade.

A OE, no regulamento 124/2011, elucida que a especialização decorrerá sempre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais, que desaguam em dois grandes grupos: as competências comuns e as específicas, as quais surgiram no início da segunda década do século 21. Ambas preconizam um enquadramento regulador por forma a informar os cidadãos acerca do que podem esperar de um enfermeiro especialista.

Atualmente, a OE portuguesa tem definidas as competências comuns do enfermeiro especialista, regulamentadas no regulamento nº122/2011 de 18 de fevereiro, em Diário da República. Por sua vez, o regulamento que contém as competências que neste relatório serão escrutinadas (específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem em pessoa em situação crítica) é o nº124/2011 de 18 de fevereiro.

Assim, as competências que integram o relato neste relatório de estágio são as competências comuns do enfermeiro especialista, que abarcam quatro domínios: responsabilidade profissional ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e aprendizagens profissionais; e as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, nomeadamente as que dizem respeito aos cuidados de Enfermagem especializados à pessoa em situação crítica: cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, dinamizar a respostas a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação; e maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

A OE, no regulamento 122/2011, não definiu competência diretamente, espera que os seus membros especialistas possuam um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades, que sejam mobilizados em contexto da prática clínica para definir a sua atuação, o que vem de encontro aos vários autores anteriormente mencionados.

Considerando os modelos teóricos que explicam a aquisição/desenvolvimento de competências, selecionei o modelo adaptado por Benner durante a década de 80, a partir do

modelo de aquisição de competências de Dreyfus e Dreyfus, para acrescentar sentido e fundamentação a este relatório. Apesar de já contar com alguns anos, é muito aceite atualmente e as narrativas das enfermeiras entrevistadas para o estudo “continuam a fornecer uma visão moral poderosa de uma tal excelência na prática de Enfermagem” (Benner, 2001, p.19).

O modelo adaptado por Benner assenta em cinco patamares de competências (Benner, 2001): o principiante, que é uma pessoa que não tem experiência na situação em que está envolvido; o principiante avançado, que é guiado por regras, encaminha-se por orientação de tarefas e tem dificuldade em aperceber-se da situação real da pessoa doente em termos de perspetiva mais alargada. A enfermeira torna-se competente quando começa a aperceber-se dos seus atos em termos objetivos ou dos planos a longo prazo, dos quais está consciente, ajudando a ganhar eficiência e organização. Na fase proficiente, a enfermeira entende a situação como um todo, reconhecendo os aspetos mais salientes e possuindo um domínio intuitivo da situação com base na compreensão antecedente. Esta fase caracteriza-se por um maior envolvimento com a pessoa doente e a respetiva família.

Segundo Benner (2001), a quinta fase do modelo de Dreyfus e Dreyfus é atingida quando o enfermeiro torna-se perito e não se orienta por princípios analíticos (regras e linhas orientadoras), mas possui um domínio intuitivo da situação e é capaz de identificar a origem do problema sem deixar de considerar uma série de diagnósticos ou soluções alternativas.

Benner (2001) refere que os domínios dos cuidados de Enfermagem englobam: a função de ajuda; a função de educação/guia; função de diagnóstico, acompanhamento e monitorização da pessoa doente; tomada a cargo eficaz de situações de evolução rápida; administração e o acompanhamento de protocolos terapêuticos; assegurar e acompanhar a qualidade dos cuidados de saúde e competências em matéria de organização de repartição de tarefas.

A partir destes domínios, consegue-se fazer uma analogia com as competências do enfermeiro especialista, tanto comuns, quanto específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica.

Como já se referenciou na introdução, este relatório tem também a finalidade de evidenciar o desenvolvimento de competências compatíveis com as exigências do ciclo de estudos conducentes ao grau de Mestre (2º ciclo), exposto no Decreto-Lei 74/2006 de 24 de março.

Assim, o grau de mestre será atribuído ao candidato que demonstre:

- Conhecimentos e capacidades em termos de compreensão: por forma a sustentar aqueles obtidos no 1º ciclo (licenciatura) através do seu desenvolvimento e aprofundamento; que permitam e constituam fundamento para o desenvolvimento ou aplicações originais, como é o caso dos contextos de investigação;

- Saber como aplicar os seus conhecimentos e capacidade de compreensão, bem como resolver problemas em novas situações, em contextos alargados e multidisciplinares, se bem que relacionados com a sua área de estudo;

- Capacidade por forma a integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou projetar juízos em casos de informação limitada ou incompleta, o que inclui reflexões acerca das implicações e responsabilidades éticas e sociais que possam vir a resultar daquelas soluções ou dos juízos ou condicioná-los;

- Capacidade para comunicar as suas conclusões, bem como os conhecimentos e raciocínios subjacentes, quer a especialistas como não especialistas, de uma maneira clara e sem ambiguidades;

- Competências que possibilitem uma aprendizagem ao longo da vida de forma auto-orientada ou autónoma.

Sendo assim, o capítulo seguinte pretende operacionalizar todo o processo de aquisição das competências nomeadas, desde as de especialização em Médico-Cirúrgica, às que dizem respeito ao grau de Mestre.

**CAPÍTULO II – UM PERCURSO PELOS CUIDADOS DE
ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA EM CONTEXTO
DE URGÊNCIA, AO CONTEXTO DE CUIDADOS INTENSIVOS E AS
TÉCNICAS DE SUBSTITUIÇÃO DA FUNÇÃO RENAL**

Este relatório assenta no percurso através de três estágios, locais privilegiados para o desenvolvimento de competências.

Este capítulo inicia-se pela contextualização de cada prática clínica, afunilando depois, os motivos que levaram à escolha da área de opção pelas TSFR.

Em seguida, surgem os subcapítulos onde relato aspetos significativos da prática ao longo dos três estágios, que permitiram cimentar aspetos muito importantes para o processo de aquisição de competências (comuns e específicas), enquanto futura enfermeira especialista.

São as competências específicas que diferenciam cada área de especialidade, mas cada enfermeiro constrói as competências comuns à luz do seu campo de intervenção.

Ao longo da descrição, surgirão reflexões e fundamentação acerca do percurso realizado, alicerces fundamentais que modelaram a aquisição de competências de especialidade definidas pela OE e regulamentadas em Diário da República, em 2011.

2.1 Do Contexto de Urgência, ao Contexto de Cuidados Intensivos

O primeiro estágio decorreu no SU do HNM. Integrado neste estágio, a primeira semana decorreu nas instalações do Serviço de Proteção Civil da Região Autónoma da Madeira (SRPCRAM), para acompanhar a Equipa Médica de Intervenção Rápida (EMIR). Este foi um pedido particular, visando o conhecimento dos serviços pré-hospitalares e intervenção específica do enfermeiro especialista neste âmbito.

Para este estágio, projetei como objetivos: desenvolver competências especializadas na prestação de cuidados à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, em contexto da assistência pré-hospitalar; desenvolver competências especializadas na prestação de cuidados à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, em contexto de urgência/emergência; desenvolver competências especializadas de forma a maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, em contexto de urgência/emergência.

Durante este estágio, utilizei a reflexão crítica como uma estratégia para o desenvolvimento de competências, planifiquei e apresentei uma sessão formativa decorrente de uma necessidade identificada na prática e desenvolvi um portefólio de aprendizagem reflexivo.

O Serviço Emergência Médica Regional (SEMER) integra a instituição do SRPCRAM e é um serviço autónomo e independente em termos técnicos. De acordo com

decreto legislativo regional 17/2009/M, do SEMER faz parte a EMIR, que é uma equipa constituída por um médico e um enfermeiro (incluindo mais de 50% EEEMC), com viatura apropriada, destinados a uma intervenção permanente em toda a região, incluindo operações de socorro aéreo e marítimo. Em termos de prestação de cuidados de Enfermagem especializados no âmbito pré-hospitalar, este é o único recurso na região e todos os eventos com pessoa em situação crítica passam pela equipa. Assim, entendeu-se esta oportunidade como ótima para o desenvolvimento de competências na área da emergência pré-hospitalar.

Em conformidade com o despacho 10319/2014 do Ministério da Saúde, o SU do HNM é considerado uma urgência polivalente, ou seja, o nível mais diferenciado de resposta a situações de urgência/emergência, incluindo valências como a cirurgia cardiotorácica, cardiologia de intervenção, cirurgia plástica, pneumologia e gastroenterologia com endoscopia, neurocirurgia, imagiologia permanente com angiografia e ressonância magnética e, por fim, patologia clínica. Há uma área pediátrica e uma de adultos. As urgências de obstetrícia são encaminhadas para o 4º andar da referida instituição.

Este SU serve a ilha toda como “fim-de-linha”, ou seja, todas as situações que não se conseguem resolver nas urgências periféricas culminam ali, o que torna este local privilegiado em termos de experiências de aprendizagem. Segundo a Direção Regional de Estatística (2016), em 2015 o número de atendimentos no serviço de urgência do HNM atingiu os 127446, o que dá uma média de 349 atendimentos por dia.

É ainda um local fértil em experiências diversificadas pelo facto da equipa de Enfermagem circular por vários postos de trabalho: área de acolhimento (chegada de pessoas doentes urgentes e emergentes), uma sala de triagem, uma sala de tratamentos (logo após as salas de observação médica, onde se institui os tratamentos prescritos), uma sala de recuperação (logo após a sala de tratamentos, onde se realizam tratamentos mais prolongados, aguarda-se reavaliação e permanecem pessoas doentes internadas à espera de transferência), uma sala aberta (onde se aguarda reavaliação), uma sala de observação com oito camas, uma sala de cuidados especiais com duas camas para pessoas doentes mais complexas, um isolamento para situações específicas, uma sala de pequena cirurgia, uma sala de cirurgia (preparação para o bloco-operatório), uma sala de ortopedia e uma sala de emergência.

A equipa de Enfermagem é constituída por cerca de 80 enfermeiros, sendo sete EEEMC.

O segundo estágio surge no âmbito dos cuidados intensivos e decorreu na UUM, do HSJ, em Lisboa. Trabalhando já numa UCI, o desenvolvimento de competências de especialidade foi enriquecido pelo contexto clínico fora da Madeira, onde foi possível o intercâmbio de experiências múltiplas e ideias novas. Muitas competências em cuidados intensivos tinham sido já adquiridas, pelo que procurei novas experiências que potenciasses novas competências e consolidasses as existentes.

Para o segundo estágio, planeei os seguintes objetivos: desenvolver competências especializadas na prestação de cuidados à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e /ou falência orgânica em contexto de cuidados intensivos; e desenvolver competências especializadas de forma a maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, em contexto de cuidados intensivos.

Também neste estágio, utilizei a ferramenta das reflexões críticas como estratégia promotora do desenvolvimento de competências e realizei um estudo de caso, com base num processo de Enfermagem fundamentado. Este estudo de caso teve por base a prestação de cuidados a uma pessoa em situação crítica submetida a técnicas dialíticas contínuas.

A UUM do HSJ é uma UCI polivalente de nível I e III, segundo a classificação aceite a nível europeu, da Sociedade Europeia de Cuidados Intensivos. Uma unidade de nível I, também conhecida por unidade de cuidados intermédios, reúne capacidades para monitorização minimamente invasiva, ou não invasiva, de pessoas doentes em risco de disfunção (multi)orgânica, normalmente na transição para a enfermagem. Uma unidade de nível III pressupõe monitorização invasiva e suporte de funções vitais, com assistência médica (presença física) e Enfermagem durante 24 horas, com acesso contínuo e imediato a meios de diagnóstico e terapêutica (Penedo, et al., 2013).

A UUM recebe pessoas doentes em falência respiratória e com necessidade de suporte deste órgão, politraumatizados e pessoas doentes do âmbito neurocirúrgico e cirurgia geral, no âmbito de falência multiorgânica e em pós-operatórios complicados ou intoxicações graves.

Estas pessoas doentes podem vir do SU da mesma unidade hospitalar ou de outras unidades de saúde a jusante, nomeadamente Ribatejo, Alentejo e Algarve, desde que os hospitais integrantes não tenham estrutura para prestar os cuidados necessários à situação.

A UUM possui, além da estrutura esperada para uma UCI de nível III e I, uma sala onde se realizam procedimentos de hemodiálise a outras pessoas doentes internadas na

mesma unidade hospitalar, normalmente nas enfermarias. Tem capacidade para 16 camas de nível III e 8 de nível I.

Nesta unidade, realizam-se prescrições de hemodiálise em várias modalidades, inclusive a técnica contínua, estando todos os enfermeiros aptos a executarem e monitorizar estas prescrições (são independentes).

Da equipa de Enfermagem, fazem parte cerca de doze EEEMC, inclusive alguns já Mestres nesta área da prestação de cuidados. Na altura do estágio, a UUM tinha, em integração, vários enfermeiros novos, provenientes de outras unidades hospitalares, devido à grave carência de recursos humanos que enfrentavam e à reformulação das unidades e serviços do Centro Hospitalar de Lisboa Central. O ratio de enfermeiro/pessoa doente na UUM era de, no máximo, um para dois.

Na UUM, vivenciei várias experiências que foram uma mais valia para o projeto de autoformação, na altura em construção, no âmbito das TSFR à pessoa em situação crítica.

Corria o ano de 2015 quando uma nova modalidade de tratamento chegava à UCI do HNM: as técnicas dialíticas contínuas; não apenas uma novidade na unidade, como no hospital. Até então, realizava-se hemodiálise intermitente e eram os colegas da unidade de diálise que executavam e monitorizavam a prescrição.

A metodologia da prescrição seria diferente, o que exigia mudança no método de trabalho. Desta forma, a técnica realizada durante vinte e quatro horas ficaria à responsabilidade exclusiva dos enfermeiros da UCI, que até então lidavam indiretamente com as TSFR (intermitentes).

Uma vez que havia integrado o Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica e teria que desenvolver um projeto de autoformação numa área de interesse e de relevo significativo para o campo de intervenção profissional, fez todo o sentido desenvolver um trabalho no âmbito da pessoa submetida a TSFR.

Assim, os motivos que fundamentaram esta escolha foram: o interesse pessoal pela área da hemodiálise, a curiosidade gerada pela técnica desconhecida da hemodiálise contínua e a implementação de uma técnica nova para todos os enfermeiros da UCI. As finalidades seriam prestar cuidados complexos a pessoas doentes submetidas a TSFR (principalmente na antecipação e prevenção de problemas e complicações) e servir como um elemento de referência da equipa, ministrar formação em serviço e contribuir para a realização de um protocolo e/ou procedimento que oriente os restantes colegas durante o tratamento prescrito.

O cenário escolhido para o estágio III foi a UCIP do HSA, no Centro Hospitalar do Porto, que é um dos serviços de referência no País.

A UCIP do HSA é uma unidade de nível III que presta cuidados a pessoas doentes com disfunção (multi)orgânica. Tem capacidade para doze camas, estando, atualmente, duas inativadas, por restrição de pessoal.

As pessoas doentes admitidas são provenientes do SU da mesma unidade hospitalar ou então de outros hospitais do alto Minho. Tem ainda uma particularidade: a sala de emergência do SU está à responsabilidade da unidade. Todo o material clínico encontra-se disposto da mesma forma na sala de emergência, como na UCI. Em cada turno, fica um colega responsável por esta sala, que lá se desloca cada vez que é admitido uma pessoa em estado crítico.

A equipa de Enfermagem é constituída por cerca de quarenta enfermeiros, sendo dez EEEMC.

Também este serviço enfrentava importantes problemas em termos de recursos humanos, sobrecarregando os enfermeiros de turnos para cobrirem os cuidados e manterem o ratio de um enfermeiro para duas pessoas doentes.

A ida para esta unidade hospitalar foi planeada previamente com um contacto telefónico para o departamento de formação daquela instituição, onde se confirmou a realização de técnicas dialíticas contínuas em ambos os serviços de cuidados intensivos; inclusive, falou-se da possibilidade de ir até ao outro serviço de cuidados intensivos, caso estivesse a decorrer lá a técnica dialítica em causa. Porém, constatou-se outra realidade, o que condicionou o resto do percurso.

A técnica dialítica de eleição naquela unidade seria uma técnica híbrida e não as contínuas, como inicialmente se esperava. Tratava-se da técnica híbrida SLED (Sustained Low-Efficiency Dialysis) e a sua implementação era da responsabilidade partilhada com o serviço de Nefrologia daquela unidade hospitalar. Raramente se utilizava uma técnica dialítica contínua. Perante este cenário, alarguei o objeto de estudo para as TSFR, que abrangia os três tipos disponíveis: intermitente, híbrida e contínua.

Realça-se que foram formulados objetivos transversais aos três estágios, à luz das competências comuns do enfermeiro especialista, nomeadamente: consolidar a prática profissional e ética, promover a prática de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, desenvolver o autoconhecimento e assertividade e, por fim, desenvolver a prática clínica especializada baseada em sólidos e válidos padrões e conhecimentos.

2.2 Técnicas de Substituição da Função Renal

A insuficiência renal aguda (IRA) constitui um quadro clínico complexo e que se instala quando os rins tornam-se incapazes de remover as variadas substâncias tóxicas produzidas pelo metabolismo e manter um equilíbrio volémico (Marcelino, et al., 2006). Caracteriza-se por um declínio brusco na taxa de filtração glomerular perturbando o equilíbrio eletrolítico, a homeostasia ácido-base e o equilíbrio do volume hídrico (Urden, Stacy, & Lough, 2008).

A causa da IRA é multifatorial, abarcando mecanismos hemodinâmicos como a hipotensão, distúrbios da microcirculação e intrarenais ou mecanismos infecciosos e iatrogénicos, como por exemplo a utilização de antibióticos (Marcelino, et al., 2006). As situações de alto risco para a IRA são a insuficiência cardíaca, o choque, a insuficiência respiratória e a sépsis (Urden, et al., 2008).

A Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO), criada em 2003, é uma organização a nível mundial que desenvolve evidência científica e implementa-a através de *guidelines*, no campo das doenças que afetam o rim. A KDIGO estabeleceu os seguintes critérios, hoje mundialmente aceites, para a IRA: aumento da creatinina sérica em mais de 0.3mg/dl em 48 horas; ou um aumento da creatinina sérica em mais 1.5 vezes o valor basal (conhecido ou estimado nos últimos sete dias); ou um volume urinário menor que 0.5ml/kg/h durante seis horas (KDIGO, 2012).

A IRA em cuidados intensivos é um problema frequente e muito preocupante. Peres, Wandeur e Matsuo (2015) estudaram 152 pacientes de uma UCI entre 2012 e 2013 quanto ao desenvolvimento da IRA e sua mortalidade. Entre os resultados, seleciona-se os seguintes: a IRA aconteceu em 53.2% das pessoas internadas e 12.4% com necessidade de TSFR. A mortalidade global foi de 35,9%, nas pessoas submetidas a TSFR foi de 84.2% e não outras foi de 43.2%.

Os dados epidemiológicos mais recentes da KDIGO, consultáveis nas *guidelines* de 2012 (as mais recentes), remontam ao final da primeira década do século 21. Chamam a atenção que 11 pessoas por cada 100000 habitantes são internadas em UCI por IRA severa. Entre todas as admissões de UCI, 30% virão a ser afetados por uma IRA e geralmente associados a falência multiorgânica.

Em Portugal, o estudo significativo mais recente que se encontrou, remonta à segunda metade da primeira década do século 21 e foi desenvolvido por Lopes (2009). Este autor estudou a incidência da lesão renal aguda (LRA) em pessoas em situação crítica com sépsis, internadas na UCI do Serviço de Doenças Infecciosas do Hospital Santa Maria,

em Lisboa, entre janeiro de 2005 e dezembro de 2006. Destes, 37,4% desenvolveram LRA. A taxa de mortalidade ao 60º dia, foi maior nas pessoas com LRA. Este mesmo autor avaliou também, retrospectivamente, as pessoas em situação crítica internadas no Serviço Medicina Intensiva do Hospital Santa Maria, entre janeiro 2003 e dezembro 2006, entre os quais 43.8% desenvolveram LRA (causa não especificada no trabalho).

Relativamente à UCIP do HNM, em 2016, foram admitidas cerca de 550 pessoas, segundo informações contidas no sistema informático daquela unidade hospitalar. Destas, 100 pessoas foram submetidas a TSFR por LRA, sendo que, em dois casos, a técnica escolhida foi a técnica contínua, recentemente instituída na unidade (o primeiro tratamento realizou-se em novembro de 2016).

Relativamente ao HSA, durante o ano 2015, foram prescritas 135 TSFR (pessoas afetadas), tendo sido realizadas, no total, 723 sessões de SLED's e 72 sessões de hemodiafiltração contínua, o que vai de encontro ao que fora dito no início do estágio. Não há dados de 2016, nem se obteve dados específicos em relação aos *outcomes* das pessoas doentes.

Segundo Marcelino et al. (2006), uma UCIP poderá incluir a prescrição de TSFR a 15% das pessoas doentes internadas, ressalvando que este valor fica aquém da real incidência das alterações graves na função renal das pessoas em situação crítica. Assim, uma grave lesão renal poderá afetar 35% das pessoas doentes internadas sem que tenha sido realizada uma TSFR. Assim, o mesmo autor acredita que apenas um terço das pessoas doentes com grave LRA, são submetidas a hemodiálise.

De uma forma geral, os critérios para o início da TSFR em cuidados intensivos são os seguintes (Marcelino et al., 2006): hipercaliémia (valores séricos de potássio superiores a 6.5mEq/L de sangue, que não respondem a outros métodos para os diminuir), sobrecarga hídrica (em contexto de edema pulmonar agudo pelo excesso de líquidos, que compromete o sistema cardiovascular e sem resposta a outros métodos), concentração excessiva de produtos azotados (ureia sérica superior a 150mg/dl e clearance de creatinina inferior a 10), sintomas urémicos (encefalopatia urémica e pericardite urémica) e acidose metabólica não corrigível por outro meios.

Importante é o início atempado da TSFR por forma a prevenir as complicações tardias advindas da IRA. A modalidade da diálise escolhida relaciona-se com a disponibilidade de material, experiência dos profissionais do serviço e estado clínico da pessoa doente. Estando esta hemodinamicamente estável, é muito provável que a escolha

do método recaia sobre a técnica intermitente convencional, caso contrário, a opção direcionar-se-á para uma técnica intermitente híbrida ou uma contínua (Ferreira, 2015).

Zarbock et al. (2016), conduziram um estudo entre 2013 e 2015 acerca do início precoce das TSFR na LRA. A principal conclusão foi que o início precoce, quando comparado com o início tardio, poderá diminuir a mortalidade nos 90 dias seguintes. Este resultado foi confirmado com o de outros, tais como o estudo desenvolvido por Gaudry et al. (2016), entre 2013 e 2016.

O termo hemodiálise significa “separar o sangue”. É um método de depuração realizado fora do corpo humano, cujo processo passa por garantir um acesso vascular a partir do qual faz-se o sangue sair e ser filtrado num dispositivo específico (dialisador) que remove eletrólitos, líquidos e toxinas (Marcelino et al., 2006).

A TSFR convencional é a hemodiálise intermitente, todavia existem várias TSFR. Estas distinguem-se entre si pelo tempo de duração da diálise, a velocidade da bomba de sangue, a presença e velocidade do fluxo do dialisante e a presença de líquido de reinfusão.

Então, de uma forma geral, temos técnicas intermitentes e contínuas. As primeiras decorrem num período sempre inferior a seis horas e as segundas num período sempre superior a doze horas. Existem ainda técnicas mais recentes cuja duração pode ir das seis às doze horas e que são chamadas de híbridas ou intermitentes adaptadas (Marcelino et al., 2006).

Assim, as TSFR são: técnicas intermitentes convencionais, técnicas contínuas e técnicas dialíticas intermitentes adaptadas ou híbridas (Marcelino et al., 2006). As primeiras são eficazes em menos tempo, mais utilizadas em ambulatório. São utilizadas, sem reservas, nas pessoas doentes com estabilidade hemodinâmica. As segundas permitem uma filtração menos eficaz na remoção de produtos azotados, exigindo, por isso, mais tempo de execução para atingirem-se os níveis de eficácia pretendidos. Estas compreendem um conjunto de técnicas, que incluem adaptações por forma a compatibilizarem-se com o estado hemodinâmico da pessoa doente.

As técnicas dialíticas contínuas são técnicas menos agressivas para a pessoa doente, em comparação com as técnicas intermitentes e, por isso, exigem mais tempo de tratamento para obter o resultado pretendido, por exemplo, a remoção de produtos azotados pelo organismo (Marcelino et al., 2006). Esta menor agressividade está relacionada com a velocidade do fluxo de sangue e dialisante, que, na hemodiálise intermitente, são altos, na ordem dos 300 a 500ml/minuto (nas técnicas contínuas a velocidade é em ml/h). Este mesmo autor refere que o aparecimento de técnicas dialíticas contínuas permitiu, não

apenas tratar pessoas doentes instáveis, mas também munir os cuidados intensivos de autonomia na prescrição dialítica. Atualmente, há várias opções terapêuticas disponíveis e a escolha depende do médico, da experiência do enfermeiro e da equipa, bem como do equipamento existente.

Entre as várias técnicas dialíticas contínuas, encontram-se a ultrafiltração lenta contínua, a hemofiltração (arterio-venosa ou veno-venosa) contínua, a hemodiafiltração (arterio-venosa ou veno-venosa) contínua, hemodiálise (arterio-venosa ou veno-venosa) lenta contínua (Marcelino et al., 2006).

A técnica da ultrafiltração lenta contínua pretende apenas controlo da volémia, removendo os líquidos lentamente (entre 100 a 300ml/h) através de um processo de convecção (Marcelino et al., 2006).

A hemofiltração contínua é uma técnica de fácil utilização e que remove líquidos em excesso e solutos numa velocidade de 500 a 800ml/h, através de convecção. Não utiliza circuito dialisante. O filtro utilizado tem alta permeabilidade, pelo que é necessário repor fluidos perdidos em excesso, consoante a necessidade da pessoa doente. Esta é uma técnica utilizada em pessoas doentes com grande compromisso hemodinâmico e que precisam de monitorização rigorosa de líquidos. Atualmente, esta é uma técnica pouco utilizada dado o aparecimento de outras técnicas mais avançadas (Marcelino et al., 2006).

A hemodiafiltração contínua diferencia-se da hemodiálise convencional pela velocidade de circulação do dialisante bastante inferior e em velocidades de bomba de sangue também muito inferiores, para se conseguir a máxima remoção de líquidos e solutos. Esta técnica tem uma eficácia dialítica significativa, uma vez que é adicionado ao compartimento do filtrado, uma solução de diluição que proporciona um gradiente de concentração e aumenta a depuração das pequenas moléculas por difusão. Esta técnica é prescrita quando são necessárias *clearances* (depuração) maiores para o controlo metabólico do doente (Marcelino et al., 2006).

A hemodiálise lenta contínua é também semelhante à técnica intermitente convencional, mas com uma taxa de filtração reduzida. Dá-se a difusão passiva de solutos através de uma membrana semipermeável. A solução dialisante é colocada em contracorrente ao sangue e numa velocidade inferior a este, para favorecer o processo de filtração. Esta técnica é indicada para a remoção de grandes volumes por urémia ou por desequilíbrio ácido-base grave (Marcelino et al., 2006). Esta é a técnica ideal para pessoas doentes com grande instabilidade hemodinâmica, uma vez que previne as alterações

abruptas do volume de líquidos e solutos, que caracterizam as técnicas de hemodiálise convencionais (Urden et al., 2008).

Há sensivelmente uma década, surgiu uma técnica híbrida – Sustained Low Efficiency Dialysis (SLED) – que reúne aspetos comuns às contínuas e as intermitentes. A mais evidente diferenciação passa-se na duração da técnica, sendo que as contínuas ocorrem ao longo do tempo, mais precisamente por um período superior a 12 horas e as SLED's decorrem em menos de 12 horas (intermitente modificada).

A SLED é realizada em máquinas de hemodiálise convencional e caracteriza-se ainda por um fluxo de sangue e dialisante inferior.

Em cuidados intensivos, a escolha da modalidade de tratamento tem em conta o estado hemodinâmico da pessoa doente (Marcelino et al., 2006). Daí que é pouco provável que uma pessoa doente, com estabilidade hemodinâmica, realize uma técnica contínua ou híbrida; neste caso, opta-se pela intermitente convencional.

No entanto, a indicação para o tipo de TSFR (híbrida ou contínua) para pessoas em situação crítica, ainda não reúne consenso.

Há alguns estudos relativamente recentes, que pretendem comparar a eficácia das técnicas contínuas e híbridas. O primeiro estudo randomizado foi realizado por Schwenger et al. (2012), entre 2007 e 2009, sendo um estudo muito importante e multiplamente referido em artigos científicos. As principais conclusões traçadas revelaram que a utilização da técnica SLED (com circuito único) reduzem o trabalho dos enfermeiros e exigem menor custos quando comparada com a técnica contínua, nos pacientes com *outcomes* semelhantes. É ainda importante referenciar que a estabilidade hemodinâmica das pessoas doentes em cada técnica, não foi diferente; os dias de ventilação mecânica foram menores nas pessoas doentes submetidos a SLED e ainda receberam menos transfusões sanguíneas. Assim, os autores salientam que a SLED será uma alternativa viável à técnica dialítica contínua.

O estudo mais recente que se encontrou foi o de Kitchlu et al. (2015). Estes autores desenvolveram um estudo não randomizado, entre 2007 e 2012, cujas principais conclusões indicam idênticos *outcomes* com ambas as técnicas; a taxa de mortalidade e a recuperação a curto prazo da função renal é semelhante entre as duas TSFR.

A conclusão é unânime; a SLED encontra-se no mesmo patamar em termos de *outcomes*, em relação às técnicas contínuas, sendo uma alternativa válida e segura para a pessoa em situação crítica que precisa de suporte renal e cardiovascular.

2.3 Percurso pelo Desenvolvimento das Competências de Enfermeiro Especialista

Ao longo deste capítulo, realiza-se uma viagem pelas experiências que proporcionaram o desenvolvimento de competências específicas e comuns do EEEMC, na vertente pessoa em situação crítica.

2.3.1 Competências Específicas: Cuidando da Pessoa a Vivenciar Processos Complexos de Doença Crítica e/ou Falência Orgânica

Muitas foram as experiências que vivenciei no âmbito do desenvolvimento desta abrangente competência, uma vez que o EEEMC tem uma intervenção vasta no que se refere a cuidar de pessoas com afeções multiorgânicas, seja em contexto de urgência ou cuidados intensivos.

Trabalhando em cuidados intensivos há cerca de dois anos, refleti que competências poderiam vir a ser desenvolvidas em outros contextos, diferentes daquelas que já estariam assentes em termos dos cuidados à pessoa em situação crítica.

Evocando Benner (2001) e o Modelo Dreyfus e Dreyfus de aquisição de competências aplicado à Enfermagem, a enfermeira competente trabalha no mesmo lugar há dois ou três anos e apercebe-se de quais os aspetos relacionados com uma determinada situação que podem ser, ou não, ignorados e aqueles que são mais importantes. Não tem a “rapidez nem a maleabilidade da enfermeira proficiente, mas tem o sentimento que sabe bem das coisas e que é capaz de fazer frente a muitos imprevistos que são o normal da prática de enfermagem” (Benner, 2001, p.55). A enfermeira competente consegue planificar de forma consciente e intencional e vai ganhando eficiência e capacidade de organização.

As enfermeiras competentes tiram benefícios dos exercícios de tomadas de decisões e de simulações (estágios, por exemplo), dando-lhes prática para planear e coordenar a multiplicidade e diversidade de cuidados, para os adequarem às necessidades das pessoas doentes (Benner, 2001).

À luz das práticas clínicas, muitas experiências novas foram vivenciadas e mesmo as que não eram novas, trouxeram algo novo em termos de fundamentação, maturidade e reflexão crítica. Neste subcapítulo, não falarei de tudo, mas irão ser focadas as situações que, pela sua natureza, mais contribuíram e marcaram o meu desenvolvimento pessoal e profissional, em busca da consolidação das competências específicas do EEEMC.

Em termos de cuidados de Enfermagem especializados no pré-hospitalar, a intervenção começa antes mesmo da saída para o terreno, com a triagem de situações por telefone, utilizado o processo de Enfermagem.

A saída para o terreno é decidida pelo enfermeiro e médico de serviço da EMIR, após a avaliação de cada situação via telefone ou via rádio. São várias as situações que despoletam a ativação da equipa de emergência médica, nomeadamente situações súbitas de perda de consciência, (poli)trauma, insuficiência respiratória, intoxicações, entre outros.

Durante o estágio que decorreu nas instalações da SPCRAM, colaborei nas situações de triagem telefónica, mobilizando conhecimentos específicos por forma a identificar possíveis focos de instabilidade e responder prontamente e da forma mais antecipada possível, aos mesmos.

Percebi a importância da presença de um enfermeiro junto do operador de comunicações. Consultando as competências em legislação do Centro Integrado de Comunicações do Comando Regional das Operações de Socorro (CIC-CROS), estas baseiam-se na análise das ocorrências e em determinar as ações e meios adequados à sua gestão. Embora a análise possa remeter um pouco para a triagem, a presença de um profissional de saúde, enfermeiro, devidamente preparado para isso, principalmente especialista em cuidados de Enfermagem em pessoa em situação crítica, seria um grande ganho para a atuação desta entidade. Poderia fazer toda a diferença durante a mobilização de meios para o local a cada situação e seriam ainda precocemente referenciadas à EMIR.

Em termos da execução de cuidados técnicos de alta complexidade no pré-hospitalar, apenas surgiu uma situação de saída para o terreno cuja ativação da equipa baseou-se na alteração do estado de consciência, aliada à dificuldade em avaliar os sinais vitais pelos bombeiros.

A sequência "ABDCE" do American College of Surgeons é a metodologia aceite e recomendada no nosso país por entidades formadoras reconhecidas, como o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), Conselho Português de Ressuscitação (CPR), entre outros, tal como nos indica a circular normativa 07/DQS/DQCO da DGS: A – Via aérea com imobilização da coluna cervical; B – Ventilação e oxigenação; C – Circulação (suporte cardiovascular), com controlo de hemorragia; D – Disfunção neurológica; E – Exposição (avaliação do hábito externo), evitando a hipotermia. Preocupamo-nos, assim, em detetar possíveis focos de instabilidade por forma a antecipar complicações e atuar nos mesmos.

A situação foi estabilizada e a vítima transportada para o SU mais próximo (HNM). Durante o transporte, assistiu-se ainda a pessoa afetada e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação de maior fragilidade, por forma a ajudá-las na gestão da ansiedade e medos.

Efetivamente, a prestação de cuidados à família não poderá sobrepor-se aos cuidados imediatos à vítima; todavia, após a estabilização e controlo da situação, é essencial dirigir a atenção ao familiar e explicar o que aconteceu e o que será feito em seguida. O enfermeiro (especialista) é o profissional indicado e preparado para isso, gerindo a comunicação interpessoal – adapta a comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa em situação crítica, conforme nos indica a OE no regulamento 124/2011.

Assim, o enfermeiro (especialista) possui competências para a prestação de cuidados pré-hospitalares e a sua presença nas equipas é uma mais-valia incontestável, atendendo a todo o seu corpo de conhecimentos técnico-científicos (Correia, 2012). Porém, este autor, no seu interessante artigo acerca das competências do enfermeiro no pré-hospitalar, ressalva que falta apostar na produção de evidência científica nesta área e utilizá-la na prática, pois acredita que só assim é possível fundamentar as competências e torná-las, no futuro, em alicerces para a criação de políticas de saúde que reconheçam e valorizem o profissional de Enfermagem.

Durante o estágio em urgência, colaborei na prestação de cuidados integrais em vários contextos de trabalho, deste a triagem/acolhimento até à sala de emergência.

É no acolhimento que o enfermeiro começa a identificar focos de instabilidade, tão cedo quanto possível, iniciando logo a triagem, ato que influenciará todo o percurso da pessoa que recorre ao SU.

O sistema de Triagem em vigor no Serviço de Urgência do HNM é a triagem de Manchester, conforme recomendado pela DGS.

Segundo a norma 002/2015 da DGS, a triagem de Manchester tem como objetivos a definição do nível de prioridades e a identificação objetiva e sistematizada de critérios de gravidade, designando a prioridade clínica de atendimento da pessoa doente e o referente tempo alvo recomendado até à primeira observação médica. Abrange 52 fluxogramas, baseados num sistema de algoritmos, constituído por cinco níveis de urgência associados a cores, que refletem as diversas condições e classificações de risco e incluem a explicação sobre os critérios de aplicabilidade, os quais facilitam e orientam o profissional, determinando o tempo estimado e prioridade para o atendimento inicial.

Neste processo de triagem, são identificados os critérios de gravidade relativos à queixa apresentada pela pessoa. Após a identificação da queixa principal, há que escolher o fluxograma que melhor se adequa e a resposta afirmativa a uma das questões ou discriminadores do fluxograma. As questões são colocadas numa ordem descendente, uma vez que se apresentam por ordem decrescente de prioridade. Sendo que as questões iniciais correspondem às categorias de urgência mais elevadas/graves, identificando, deste modo, o critério de gravidade (Diogo, 2007).

Os discriminadores são fatores que permitem o enquadramento da informação recolhida, de modo a facilitar a sua inclusão numa das prioridades clínicas acima definidas. Estes podem ser gerais (risco de vida, dor, hemorragia, estado de consciência, temperatura e agravamento) e específicos (dor torácica, dor abdominal, entre outros) (Grupo Português de Triagem, 2002).

De acordo com o despacho normativo 11/2022 do Ministério da Saúde, a missão de um SU é a prestação de cuidados de saúde em situações emergentes e urgentes, ou seja, cuja gravidade impele intervenção médica imediata. Sendo assim, cabe-lhe o atendimento das situações triadas como vermelho, laranja e amarelo (emergente, muito urgente e urgente), ou seja, as situações em que há risco para a saúde. Desta forma, pode-se apreender a real utilidade da Triagem de Manchester. Quanto maior o índice de gravidade, mais rápido deverá ser o atendimento.

Para Teixeira (2006), a triagem feita pelo enfermeiro tem como principais vantagens: a capacidade do enfermeiro em estabelecer uma relação de proximidade com a pessoa doente e família; a redução da ansiedade da pessoa por contactar um profissional diferenciado; melhoria da imagem institucional; observação imediata da pessoa em perigo de vida e capacidade de re-triagem caso necessário.

Pude constatar que as vantagens referidas por Teixeira (2006) acabam por ter aspetos em comum com as competências específicas do EEEPSC, nomeadamente o estabelecimento de uma relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica, a assistência nas perturbações emocionais decorrentes da situação de maior fragilidade e deteção antecipada de focos de instabilidade.

Em termos de evidência científica, consultei alguns estudos efetuados por profissionais ligados à saúde, que confirmam a eficácia dos sistemas de triagem em termos redução da utilização inútil de exames auxiliares de diagnóstico, maior mortalidade entre os casos triados como vermelhos (logo os mais efetivamente urgentes), deteção precoce da

aplicabilidade dos protocolos associados às vias verdes (Machado, 2008, Silva, 2009, Cordeiro, 2014).

O enfermeiro especialista marca a diferença na triagem pela sensibilidade no atendimento e pelo pensamento crítico que tem desenvolvido.

Apercebi-me que, muitas das situações que recorrem ao SU central, são situações que poderiam ser tratadas num centro de saúde ou numa urgência periférica, mas muitas das pessoas dizem que já lá foram, mas não resolveram o seu problema. Esta realidade percebida vai ao encontro do relatório da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), divulgado em janeiro de 2017, onde se pode ler que três em cada dez pessoas doentes que recorrem às urgências portuguesas poderiam ter o seu problema resolvido noutro lugar. As respostas na comunidade são deficitárias ou desadequadas à realidade, centralizando tantos casos não urgentes para um SU, determinado a enorme afluência.

Tendo em conta a problemática de falsas urgências, as situações de triagem não urgente ou em situações crónicas, o enfermeiro especialista terá um papel de sensibilizar as pessoas para esta situação e tentar incentivar a procura de outras respostas na comunidade (caso sejam desconhecidas) ou, eventualmente, tentar perceber se alguma situação precipitou a vinda ao SU central (avaliar a toma da medicação, por exemplo). Até porque, prevenindo situações de “pseudourgências” é também garantir que as reais sejam vistas atempadamente.

A satisfação dos utentes é um dos enunciados descritivos da OE quanto aos padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem, em particular do enfermeiro especialista. Assim, é inequívoco que este tenha que preocupar-se em conhecer a satisfação das pessoas a quem a sua equipa de saúde presta cuidados. Neste âmbito, Silva (2012) desenvolveu um interessante estudo descritivo-correlacional e transversal num SU de Portugal continental, cujo objetivo foi o de avaliar a satisfação com o atendimento de Enfermagem quanto à triagem efetuada, aquando da ida à unidade de saúde. Os resultados mais atraentes foram relacionados com os aspetos relacionais, ou seja, as pessoas mais satisfeitas com o atendimento foram aquelas tratadas pelo nome próprio, as que foram tratadas com simpatia pelo enfermeiro e a quem foi demonstrada disponibilidade para serem ouvidas, aquelas cuja privacidade e confidencialidade de informação foi respeitada, e ainda aquelas que foram respeitadas quanto às suas convicções culturais e religiosas.

A sala de emergência é uma área de recriação obrigatória em cada serviço de urgência, tal como nos recomenda a Administração Central dos Sistemas de Saúde (ACSS,

2015). Colaborei no planeamento e prestação de cuidados a pessoas em situação crítica nesta sala, no serviço de urgência do HNM e no HSA. Neste último, como já se referenciou, a sala de emergência encontra-se sob o comando da UCIP, o que veio a se revelar uma mais valia formativa.

No HSA, integrei ainda a Equipa de Emergência Interna (EMI), tendo colaborado na prestação de cuidados em suporte avançado de vida (SAV) a pessoas doentes em situação crítica, em peri-paragem cardiorrespiratória (PCR) ou efetiva PCR, internadas em outros serviços da mesma unidade hospitalar. A EMI é ativada por um número interno, de acordo com os critérios de ativação previamente definidos, nomeadamente a deterioração súbita do estado de consciência, PCR, bradicardia sustentada, hipotensão refratária.

Em ambas as unidades de saúde, a sala de emergência encontrava-se de acordo com as recomendações da ACSS (2015), ou seja, apetrechada de material para SAV, com acesso direto a partir da porta de entrada do SU e com capacidade para mais de uma pessoa, incluindo crianças; a equipa destacada para a sala era ativada com recurso a uma campanha.

As situações práticas mais significativas foram o politrauma, PCR e ativação de vias verdes, nomeadamente a do acidente vascular cerebral (AVC). Assim, desenvolvi competências específicas através da demonstração de conhecimentos e habilidades em SAV, execução de cuidados técnicos de alta complexidade, por forma a responder de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade e ainda na gestão da administração de protocolos terapêuticos complexos – vias verdes.

O processo de Enfermagem fundamenta e orienta toda a atuação do enfermeiro especialista, aliada com a avaliação ABCDE.

Particularmente em relação às vias verdes que, pela sua natureza, inserem-se na competência da gestão de protocolos terapêuticos complexos, o enfermeiro especialista é a pessoa indicada para conhecer, de forma exímia, o seu modo de ativação e aplicação prática, estando preparado para diagnosticar precocemente complicações, implementado as respostas de Enfermagem apropriadas nesse sentido, monitorizar e avaliar as respostas a esses problemas identificados.

As vias verdes não são mais do que sistemas de resposta rápida a situações de doença, que têm maior probabilidade de se resolverem se forem tratadas no menor tempo possível.

Em Portugal, encontram-se em vigor quatro vias verdes: trauma, AVC, coronária e sépsis. Tive a oportunidade de acompanhar e colaborar na prestação de cuidados a pessoas em situação crítica inseridas na via verde do trauma, AVC e coronária.

De acordo com a circular normativa 07/DQS/DQCO da DGS, todas as unidades de saúde com SU devem implementar a norma de organização dos cuidados hospitalares urgentes à pessoa traumatizada e que se baseiam em cinco requisitos fundamentais: critérios de ativação da equipa de trauma; existência de uma equipa de trauma organizada, com coordenador definido; registos; avaliação primária (realizada em menos de 20 minutos); avaliação secundária (realizada em menos de 1 hora).

Apenas no SU do HNM, a ativação da via verde do trauma está associada ao fluxograma do grande traumatismo, do sistema de triagem de Manchester e implica a existência de um dos vários critérios pré-definidos, entre os quais, mecanismos da lesão, alteração dos sinais vitais e estado de consciência. A pessoa em situação crítica inserida neste protocolo é, normalmente, encaminhada para a sala de emergência. No HSA, a via verde do trauma, segundo as informações recolhidas juntos dos profissionais que lá trabalham, funciona de forma diferente e a sua ativação não deriva da triagem de Manchester, mas sim da avaliação subjacente, já iniciada no pré-hospitalar pela equipa que tripula a viatura médica de emergência e reanimação (VMER), adstrita ao SU.

Como realça a circular normativa 07/DQS/DQCO da DGS, a intervenção precoce e adequada pode melhorar significativamente o prognóstico das pessoas doentes traumatizadas, pelo que é imperativo a implementação de medidas que permitam a sua rápida identificação e instituição de terapêutica adequada em tempo útil.

A realização da avaliação primária e estabilização inicial da pessoa doente deve ser inferior a vinte minutos. Este período de tempo exige ações bem coordenadas e, cada elemento da equipa, deve ter objetivos claros e responsabilidades bem definidas, possibilitando uma maior rapidez na identificação e correção dos problemas encontrados. A sequência "ABDCE" é sempre a orientação para a avaliação primária.

Após a fase da reanimação e da avaliação primária da pessoa traumatizada grave, deve iniciar-se o processo de avaliação secundária, da cabeça aos pés, incluindo áreas facilmente esquecidas: escalpe, crânio, pescoço, dorso e períneo. Durante este período, são executados uma série de procedimentos e atitudes complementares de diagnóstico e terapêutica, por exemplo: analgesia adequada, profilaxia antibiótica e/ou anti – tetânica, se indicada, registo de dados que permitem a caracterização da situação, avaliação da evolução

da resposta à terapêutica instituída, formulação de um plano de ação para o tratamento definitivo, entre outros (Administração Regional de Saúde do Norte, 2009).

Relativamente à via verde coronária, estas situações, quando identificadas, não são critério de entrada na sala de emergência, a menos que a pessoa se encontre em colapso. Experienciei o acompanhamento de algumas pessoas doentes incluídas nestes protocolos terapêuticos complexos, desde a entrada no SU, realização de exames complementares de diagnóstico, confirmação (ou não) e acompanhamento até ao serviço de Hemodinâmica.

As doenças cardiovasculares são responsáveis por 23% da morbilidade na União Europeia e a doença coronária a principal causa de morte (Norte, 2013). Este mesmo autor referencia que as *guidelines* mais atuais, recomendam rapidez na avaliação e orientação das pessoas que se queixam de dor torácica, o que melhora o seu prognóstico.

Logo que é triada uma pessoa com dor torácica (fluxograma da triagem de Manchester - dor torácica) e, sendo incluída na via verde coronária, é imediatamente contactado o técnico de eletrocardiograma (ECG) para o realizar. Preconiza-se que o tempo deste ECG não deverá ultrapassar os dez minutos. É depois imediatamente observado pelo médico e decidido o encaminhamento. O enfarte agudo do miocárdio é uma situação crítica com uma grande taxa de mortalidade e morbilidade associada, relacionada com a morte do músculo cardíaco devido à redução ou abolição do aporte de oxigénio. A terapêutica é mais eficaz quanto mais precocemente for instituída, após o início dos sintomas (Norte, 2013).

Sendo necessário, a última etapa desta via verde será o encaminhamento para o serviço de Hemodinâmica. Tive a oportunidade de acompanhar e prestar cuidados integrais a uma pessoa nesta situação e assisti a um cateterismo cardíaco (abordagem a partir da artéria femoral direita) com tromboectomia, ou seja, remoção do trombo que encontrava-se a obstruir uma artéria coronária importante. Esta intervenção imediata reduz os efeitos deletérios agravados da isquemia do miocárdio e reperfunde as áreas ainda viáveis. O intervalo recomendado entre a chegada da pessoa afetada ao SU e o procedimento realizado na hemodinâmica, não deve ser superior a noventa minutos (Carapeto, 2012).

Ferreira (2013) diz que a via verde coronária contribuiu para a redução da mortalidade por enfarte desde a altura da sua criação em 2007. Acrescenta que, em 2005, 12% das vítimas acabaram por falecer; em 2011 esse valor desceu para 8%. Este autor refere ainda que poder-se-ia salvar mais vidas se a população estivesse mais sensibilizada para os sintomas e pedisse ajuda de imediato ao invés de deslocar-se ao SU pelos seus

próprios meios, atrasando o diagnóstico e auxílio. Esta é também uma área de intervenção do enfermeiro especialista, movendo e participando em campanhas e ações de sensibilização.

Em relação à via verde dos AVC's, tempo é cérebro! (Pinto, 2016). Segundo esta autora, o tratamento é tanto mais eficaz quanto mais rapidamente for instituído. Na triagem, a via verde é ativada perante os típicos sinais de alerta (diminuição da força muscular, início súbito, desvio da comissura labial – fluxograma da triagem de Manchester é a indisposição no adulto) e a pessoa afetada é encaminhada rapidamente para a sala de emergência onde é realizada a avaliação pormenorizada e feita a história clínica/avaliação inicial. Faz, em seguida, uma tomografia computadorizada a nível cerebral e é decidido o tipo de tratamento. Em caso de um evento isquémico, é ponderada uma trombólise, ou seja, destruição do coágulo/trombo por meio farmacológico (Pinto, 2016).

Como já se referiu, colaborei na prestação de cuidados na sala de emergência a três vítimas destes eventos: um isquémico, um hemorrágico e outra situação que veio a revelar-se uma suspeita de infeção encefálica.

É uma situação crítica, em que todos os minutos contam. A decisão e intervenção é rápida. A senhora afetada por um AVC isquémico não tinha indicação para trombólise devido à idade (oitenta anos), tendo seguido para a unidade de doenças cerebrovasculares. A segunda pessoa seguiu depois para a UCI devido à depressão do estado de consciência e a terceira, não se tendo confirmado o AVC, seguiu para o serviço de Neurologia.

Todas as pessoas em situação crítica que chegam ao SU vão precisar, mais tarde ou mais cedo, de serem transportadas para o local mais adequado em termos de respostas que suportem a resolução da sua condição clínica. Ou para o bloco operatório, para o serviço de imagiologia, para a UCI ou até para outra sala no próprio SU, o transporte de uma pessoa em situação crítica é um momento de grande complexidade e requer muita atenção.

A Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) e a Ordem dos Médicos (OM) têm disponível as recomendações para o transporte do doente crítico desde 2008. Explicam que o transporte destas pessoas doentes envolve riscos importantes, mas poderá ser indispensável para garantir cuidados mais apropriados, ou então para a realização de exames complementares de diagnóstico, que sejam imprescindíveis. O transporte é sempre ponderado de acordo com o risco/benefício e deverá ser estruturado em três fases: decisão, planeamento e efetivação. A decisão é da responsabilidade médica e envolve a ponderação de fatores como a estabilidade hemodinâmica, lesões específicas, entre outros. Para o

planeamento, é necessário um papel proactivo do enfermeiro, prevendo-se distâncias, tempo de transporte (não esquecer o tempo de espera pelo elevador), gastos de medicação, baterias dos equipamentos, equipa para o transporte, disponibilidade do serviço recetor, acidentes que podem acontecer, material suplente.

A fase da efetivação é o transporte propriamente dito. A equipa recomendada para acompanhar uma pessoa em situação crítica é um enfermeiro, um médico e um assistente operacional. É importante ter em atenção que o nível de cuidados não deverá ser inferior aquele que tinha no serviço de origem (SPCI&OM, 2008).

Lopes e Frias (2014) levaram a cabo um estudo de investigação quantitativo, sobre a perceção dos enfermeiros acerca dos eventos adversos no transporte da pessoa em situação crítica. Os resultados alusivos ao transporte intra-hospitalar indicaram maior incidência de eventos adversos relacionados com a falha de equipamentos, nomeadamente, falha no fornecimento de oxigénio, no equipamento de ventilação e de monitorização.

Durante os três estágios, tive a oportunidade de colaborar no transporte de pessoas em situação crítica; umas vezes a exames, outras vezes para a própria UCI, a partir do SU. Pode-se dizer que, consoante o nível de cuidados exigido pela pessoa doente, diferentes recursos materiais foram mobilizados, incluindo aqueles que seriam utilizados na eventualidade de ocorrerem imprevistos. No entanto, a SPCI e a OM recomendam a utilização de escalas de avaliação que orientem a preparação da saída da pessoa em situação crítica para ser transportada, que não é utilizada em nenhum dos contextos práticos frequentados. Isto vai ao encontro do estudo piloto de Henriques et al. (2014), sobre a tomada de decisão do enfermeiro no transporte da pessoa em situação crítica, na região de Lisboa, onde conclui que 83.3% dos enfermeiros responsáveis pela pessoa que necessita de transporte, desconhecem qualquer escala de avaliação da gravidade da mesma, pelo que nenhum tipo de instrumento é incluído no processo de decisão. Ainda neste estudo, os critérios mais utilizados para a seleção do enfermeiro que acompanha a pessoa doente, baseiam-se na experiência profissional (68%) e o facto de ser o enfermeiro responsável pela mesma (37%).

Assim, esta será uma área muito sensível à intervenção do enfermeiro especialista para sensibilizar a equipa em que se insere, para os instrumentos disponíveis que possam melhorar a segurança da pessoa em situação crítica e do pessoal que a transporta, pois só com evidência científica, melhora-se a prática (Henriques et al., 2014). E efetivamente, acredito que a existência de uma *checklist* ou algum outro documento orientador, facilitaria a preparação do transporte, no sentido de conduzir as operações e evitar esquecimentos.

Várias foram as experiências de prestação de cuidados nos três estágios, como já se tem vindo a referir. Algumas consolidaram as competências adquiridas, tais como ventilação invasiva e não invasiva, ou a monitorização hemodinâmica. Outras mais, marcaram o desenvolvimento profissional das competências do EEEMC, tais como a prestação de cuidados a uma pessoa com substituição da função pulmonar com *Extracorporeal Membrane Oxygenation* (ECMO), pessoa em situação crítica submetida a protocolo de hipotermia terapêutica e pessoa submetida a técnicas contínuas de substituição da função renal. Estas três situações decorreram do estágio II, na UUM.

EMCO é, basicamente, uma substituição mecânica temporária de órgão, que poderá ser o pulmão ou coração, durante uma falência cardiorrespiratória, até que aconteça a sua recuperação ou substituição (Extracorporeal Life Support Organization [ELSO], 2013). É um procedimento muito complexo, desde a sua colocação, manutenção e remoção, implicando a existência de cânulas arteriais e venosas, circuito extracorporeal, bomba, membrana externa para trocas gasosas, hipocoagulação sistémica e cuidados de monitorização muito rigorosos (ELSO, 2013).

Tais como a técnica, os cuidados de Enfermagem são muito complexos e exigem profissionais com formação específica e experiência em cuidados intensivos (Mesa do Colégio da Especialidade Enfermagem Médico-Cirúrgica, OE, 2013).

Costa, Pereira da Hora, Araújo e Pedreira (2011) publicaram um trabalho acerca dos cuidados de Enfermagem a uma pessoa com ECMO e que vai ao encontro dos cuidados que foram prestados no estágio, tendo por base o processo de Enfermagem. Assim, os principais focos de Enfermagem que se distinguem pela atenção requerida são a infeção, temperatura corporal, integridade cutânea, perfusão dos tecidos e trocas gasosas. Realça-se que adaptei os focos nomeados pelos autores (que utilizaram a classificação da North American Nursing Diagnosis Association [NANDA]) para a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

A ECMO é uma técnica já realizada na UCIP do Funchal e esta experiência veio acrescentar rigor técnico-científico na implementação das intervenções de Enfermagem, destinadas a executar corretamente estes cuidados técnicos de alta complexidade.

Em relação à gestão do protocolo de hipotermia terapêutica, é também um protocolo terapêutico complexo realizado na UCIP do Funchal e a prestação de cuidados a pessoas doentes nesta condição, facultou o contato com procedimentos diferentes e recursos materiais também diferentes, mas com um fim comum: conseguir uma

temperatura que se pensa ser benéfica para garantir a viabilidade cerebral de uma vítima de paragem cardiorrespiratória.

A hipotermia terapêutica moderada é definida por Abreu et al. (2011) como o arrefecimento corporal propositado até temperaturas centrais que rondam os 33°C, com o intuito de “prevenir e/ou reverter os mecanismos responsáveis pela lesão neurológica de reperfusão” (p.456). Sendo esta reperfusão que os autores falam, uma resposta inflamatória sistémica resultante de vários processos químicos e que são lesivos às células cerebrais (Pereira, 2008, referido por Abreu et al., 2011).

Muita evidência científica existe acerca dos efeitos benéficos de temperaturas baixas na conservação do tecido cerebral, após períodos mais ou menos extensos de privação de oxigénio, entre os quais Gunn e Thoresen (2006) e Froehler e Geocadin (2007), ambos os estudos referenciados pelo European Resuscitation Council (ERC) nas novas *guidelines* de cuidados pós-ressuscitação de 2015 (Nolan et al., 2015).

Em 2015, o ERC aceitou um estudo desenvolvido por Bro-Jeppesen, Kjaergaard, Wanscher et al, em 2014, cuja principal conclusão foi que não há diferenças na resposta inflamatória sistémica após privação de oxigénio, em adultos para temperaturas entre 33°C e 36°C (Nolan, et al., 2015). Outros estudos também culminam nessa conclusão, como sejam o de Lilja, Nielsen e Friberg (2015) ou Cronberg, Lilja, Horne et al. (2015), também ambos referenciados pelo ERC (Nolan, et al., 2015). É de realçar que os resultados destes estudos mais recentes, incluíram a taxa de mortalidade e os *outcomes* em termos neurológicos aos seis meses após o evento.

Assim, atualmente o termo recomendado será gestão da temperatura alvo e não hipotermia terapêutica (Nolan, et al., 2015).

Em Portugal, Abreu et al. (2011) publicaram um estudo prospetivo observacional entre 2009 e 2010, em que estudaram 12 pessoas doentes submetidas a hipotermia terapêutica após PCR. Destes 12, 7 sobreviveram. Destes 7, 5 recuperaram o seu estado neurológico prévio. Os autores ressaltam que os sobreviventes foram aqueles com menos idade e com menos comorbilidades, bem como aqueles que esperaram menos tempo até ao início do protocolo. Note-se que este é um estudo pequeno e, por isso, limitativo; no entanto, não se encontra, em Portugal, outros estudos desta natureza, o que indica, mais uma vez, uma lacuna na evidência que fundamenta a prática.

O tempo preconizado para manter a temperatura alvo não é unânime, mas o mais comum é ser durante 24 horas (Nolan, et al., 2015). Estes autores nomeiam outros dois

estudos, que comparam pessoas em situação crítica submetidas a hipotermia a 24 horas, com outros a 72 horas e não se encontram diferenças nos *outcomes* neurológicos.

A ERC (Nolan, et al., 2015) recomenda fortemente, com base em evidência científica de qualidade, a gestão da temperatura alvo em caso de PCR com ritmo inicial desfibrilhável, que permanecem inconscientes após retorno da circulação espontânea. Por outro lado, em caso de ritmo cardíaco inicial não desfibrilhável, a recomendação desce de nível para fraco e a qualidade da evidência científica é muito baixa.

O protocolo de gestão da temperatura alvo é prescrito pelo médico e cabe ao enfermeiro a indução e manutenção da temperatura alvo, conforme o protocolo da UUM. Este protocolo considera a temperatura alvo única de 33°C, sendo que a última atualização é de 2010.

A indução da temperatura alvo é feita com a infusão de cristaloides a 4°C, arrefecimento externo com fato específico, onde ar frio circula através de controlo computadorizado ou colchão de gel. O controlo da temperatura é sempre central, tal como recomenda a ERC (Nolan, et al., 2015), nomeadamente com recurso a termómetros esofágicos. Podem ainda recorrer a métodos de circulação extracorporal para baixar a temperatura do sangue, tal como as técnicas dialíticas contínuas.

Estes métodos utilizados na UUM, são também preconizados pela ERC em 2015 (Nolan, et al., 2015) com base em evidência científica variada.

Na fase de manutenção, o método que acarrete menos variação da temperatura deverá ser o escolhido (Nolan, et al., 2015).

Na UCIP do Funchal, a escolha dos métodos utilizados é mais limitada, pelo que esta experiência permitiu-me alargar horizontes.

Uma vez mais, cabe ao EEEMC estar atento e prevenir complicações decorrentes da implementação do protocolo da gestão da temperatura alvo (utilizando já a nova nomenclatura do ERC, 2015), implementar respostas adequadas às complicações, monitorizar e avaliar a adequação das respostas aos problemas identificados.

As complicações mais frequentes decorrem dos efeitos fisiológicos da hipotermia. Um dos mais frequentes é o *shivering*, ou seja, o tremor típico fisiológico de resposta ao frio. Estudos nomeados pela ERC (Nolan, et al., 2015), indicam uma conclusão muito interessante: a ocorrência de *shivering* pode ser sinal de um melhor *outcome*, por significar isso mesmo, uma resposta fisiológica normal ao frio.

Para prevenir ou tratar o *shivering*, é recomendado a gestão de medicação sedativa (Nolan, et al., 2015).

Outra das complicações a ter em particular consideração, são os efeitos cardiovasculares, nomeadamente as arritmias cardíacas (Nolan, et al., 2015). Por outro lado, a bradicardia poderá ser benéfica uma vez que, segundo os trabalhos de investigação indicados pela ERC (Nolan, et al., 2015), está associada a menor disfunção diastólica e melhores *outcomes* neurológicos.

Outras complicações são descritas pela ERC (Nolan, et al., 2015), com base em estudos científicos recentes, nomeadamente desequilíbrios hidroeletrolíticos e metabólicos. É ainda importante referenciar os efeitos em termos da coagulação, embora os mesmos não tenham tradução significativa a nível científico.

Em termos de suscetibilidade para a infeção, a evidência científica, novamente referenciada pela ERC (Nolan, et al., 2015) mostrou que temperaturas baixas abalam o sistema imunitário e aumentam a incidência de pneumonia, embora sem impacto nos *outcomes*.

É ainda necessário ter em atenção a integridade da pele, que corre o risco de queimadura relacionada com o frio.

Por fim, outra experiência marcante e muito proveitosa aconteceu perante a oportunidade de prestar cuidados a pessoas doentes submetidas a técnicas contínuas de substituição da função renal, durante o estágio II. Afinal, esse era o tema da opção.

Colaborei na prestação de cuidados de forma holística e integrada, a pessoas doentes com prescrição e sob técnicas dialíticas contínuas, intermitentes e híbridas, tendo por base o processo de Enfermagem.

Este é um protocolo terapêutico complexo muito importante na UUM e todos os enfermeiros conseguem cumprir com segurança este tipo de prescrição. Há um EEEMC de referência nesta área, que foi o orientador deste estágio, a quem os elementos da equipa recorrem perante dúvidas ou problemas que não consigam resolver.

Durante este estágio, consultei os protocolos que derivam da evidência científica em torno das técnicas dialíticas em prática na UUM e ainda resultados quantitativos quanto à execução das referidas técnicas. Um dos EEEMC tem a seu cargo este tipo de monitorização quanto ao tipo de técnica usada, tipo de equipamento, tipo de anti-coagulação, hora e data de início da técnica, problemas sucedidos, motivo, data e hora do término.

Alguns dados importantes que se extraíram desta monitorização foi que o incidente mais comum durante a técnica, em 2014, foi a coagulação do circuito extracorporal com inutilização do sangue, ou seja, cerca de 250 ml de sangue perdeu-se.

O EEEMC deverá preocupar-se com a prevenção de complicações associadas à execução de cuidados técnicos de alta complexidade e com a gestão adequada dos protocolos terapêuticos complexos, conforme nos indica os padrões de qualidade da OE para esta área de especialização, descritas no regulamento 361/2015.

Qualquer técnica de circulação extracorporeal esta sujeita à obstrução por coágulos, associados ao facto do sangue estar a circular fora dos vasos sanguíneos. A coagulação do sangue traz algumas complicações e sobrecarga de trabalho aos enfermeiros porque exige a substituição do sistema e, muitas vezes, implica a perda de sangue do doente (Fermi, 2010).

Vários autores nomeiam a coagulação do sistema extracorporeal como a principal complicação mecânica decorrente das TSFR, nomeadamente Sousa, Silva, Bezerra, Freitas e Miasso (2013) ou Richardson e Whatmore (2014). Estes últimos autores, no seu estudo, nomeiam algumas condutas de Enfermagem para minimizar as complicações, nomeadamente as relacionadas com a prevenção da coagulação do circuito extracorporeal, como a monitorização das pressões, prevenção do *kicking* do circuito extracorporeal ou evitar interrupções desnecessárias da técnica.

De acordo com as melhores práticas, o enfermeiro deverá monitorizar e vigiar os parâmetros decorrentes da sessão (pressões no circuito, por exemplo), por forma a intervir na resolução e minimização dos incidentes intradialíticos (OE, 2016).

Então, indo de acordo com a prática dos peritos em hemodiálise com quem partilhei experiências e conhecimentos, a reinfusão do sangue depende da quantidade de coágulos no sistema, pois, se não for possível o sangue ser todo reinfundido, é sinal que o enfermeiro não detetou os coágulos no sistema a tempo, quer seja pela não deteção do aumento das pressões no sistema, quer seja pela inspeção visual de todo o circuito extracorporeal.

Assim, e relativamente à produção de indicadores sensíveis aos cuidados de Enfermagem, pode-se dizer que os problemas decorrentes da circulação extracorporeal, associados à coagulação e não devolução do sangue à pessoa, é um indicador da qualidade dos cuidados prestados.

No estágio III, a maior parte das pessoas em situação crítica a quem prestei cuidados, estavam afetadas por uma IRA, algumas com necessidade de TSFR, outras não.

Como referi, se na UUM a experiência foi, notoriamente, em TSFR contínuas, na UCIP do Hospital de Santo António estendeu-se às TSFR híbridas e convencionais.

Foi uma experiência única, pois proporcionou-me uma visão muito alargada acerca das respostas em termos de substituição da função renal e dos cuidados de Enfermagem inerentes.

No âmbito do estágio III, desenvolvi várias atividades por forma a sistematizar a aquisição de competências para cuidar da pessoa afetada pela falência renal e gerir protocolos terapêuticos complexos, iniciadas no estágio II, entre elas a colaboração na prestação de cuidados integrais, o planeamento dos mesmos, um estágio de observação no serviço de Nefrologia do HSA, uma entrevista a um enfermeiro perito, além da pesquisa bibliográfica em livros de referência, bases de dados e consulta de protocolos.

Como já referenciei, são os colegas do serviço de diálise que vêm à UCIP para executar a prescrição respetiva às TSFR. Desde cedo que mostrei disponibilidade para colaborar nos procedimentos inerentes com os mesmos colegas, tendo sido mais uma oportunidade para aumentar o leque de experiências e tornar célere o processo de aquisição de competências.

O modelo de colaboração entre o serviço de Nefrologia e a UCIP foi descrito pelo enfermeiro perito entrevistado, como uma estratégia para uniformizar e facilitar a realização da prescrição relacionada com as TSFR. Resulta da interação entre os vários intervenientes do processo, nomeadamente o médico intensivista, o médico nefrologista, o enfermeiro da UCIP e enfermeiro da unidade de diálise. Basicamente, o médico intensivista pede a avaliação do nefrologista. Prescrevendo uma TSFR por este, o enfermeiro da unidade de diálise executa a prescrição e pede a colaboração do enfermeiro da UCIP. Na deteção de complicações, este informa o intensivista e o colega do serviço de diálise.

Assim, aprofundi conhecimentos relacionados com as técnicas dialíticas na IRA na pessoa em situação crítica, adquiri conhecimentos específicos das TSFR, reuni capacidades por forma a identificar focos de instabilidade relacionados com as técnicas dialíticas na IRA e para responder de forma pronta e satisfatória a focos de instabilidade, decorrentes da implementação de protocolos terapêuticos relacionados com as TSFR, executei cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de falência orgânica (renal), com prescrição de TSFR.

Diz-nos o regulamento 124/2011 da OE, que o EEEMC faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas.

Dor é definida, na CIPE, como uma “percepção comprometida: aumento de sensação corporal desconfortável (...), expressão facial característica, alteração do tônus muscular, (...), inquietação e perda de apetite” (ICN, 2014, p.49).

Para Urden et al. (2008), a dor é um complexo problema e um fator de stress para a pessoa em situação crítica, cuja avaliação assume contornos prioritários na prestação de cuidados de Enfermagem, qualificando-os.

Para Fonseca (2013), os enfermeiros são profissionais privilegiados atendendo à proximidade e tempo de contacto com a pessoa doente, pelo que considera que são os profissionais indicados para monitorizar a dor e agir sob os cuidados que a eliminem ou reduzam, para níveis que a pessoa considere aceitáveis. Este autor considera a dor uma realidade imperfeita pelo facto de termos de admitir a sua existência a partir do momento que a pessoa doente diz que a tem.

A dor poderá estar na origem da agitação psicomotora na pessoa em situação crítica e a ansiedade diminui o limiar de dor (Fonseca, 2013).

A Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) recomenda a autoavaliação da dor com escalas quantitativas, como sejam a escala visual analógica (EVA) ou a escala numérica da dor.

Então, e se as pessoas doentes não conseguirem confirmar a sua dor? Como se poderá avalia-la?

Num ambiente de cuidados intensivos, o recurso a meios de ventilação mecânica invasiva e a utilização de agentes farmacológicos que bloqueiam a atividade neuromuscular e induzem a sedação, por exemplo, torna impossível a autoavaliação da dor nestas pessoas (Shannon, 2003, referido por Ferreira, et al, 2014). Além disso, há pessoas doentes que, mesmo conscientes, não conseguem verbalizar ou então podem estar obnubiladas (Oliveira, 2010).

Ferreira et al. (2014) dizem que, no caso das pessoas doentes incapazes de comunicar, não existe uma monitorização única de dor, mas sim escalas de avaliação onde são considerados vários critérios subjetivos, tais como a expressão facial e inquietação no leito. Concomitantemente, são tidos em conta alguns parâmetros fisiológicos, como a frequência cardíaca e respiratória, a presença de sudorese ou mesmo um lacrimejo. Porém, os mesmos autores ressaltam que os sinais vitais, por si só, funcionam apenas como um alerta para a aplicação de uma escala apropriada à pessoa que manifesta algumas alterações naquele nível.

Em termos de investigação, considerou-se importante abordar os principais resultados do estudo de Arbour, Gélinas e Michaud (2011), mencionado por Ferreira et al. (2014), em que os *outcomes* clínicos da pessoa em situação crítica melhoraram através da implementação de escalas de dor, o que determinou menor utilização de agentes analgésicos e sedativos, menor tempo em ventilação mecânica e diminuição dos dias de internamento em cuidados intensivos.

É ainda essencial ter em atenção que as experiências de dor não tratada acarretam consequências físicas e psicológicas que perduram indefinidamente. As pessoas doentes que, no pós-crítico, relembram experiências de dor prolongada, apresentam maior incidência de dor crónica, stress pós-traumático e menor qualidade de vida (Granja, et al., 2008, referido por Ferreira et al., 2014).

De acordo com Pinho, Carneiro e Alves (2012), apenas 25% das UCI utilizam instrumentos de avaliação da dor adequadas para esta tipologia de pessoas doentes.

A partir do último relatório da avaliação da dor da SPCI, Pinho et al. (2012) recomendam:

- A dor em pessoas doentes que não comunicam, sedadas e ventiladas deve ser avaliada por meio subjetivo da observação de comportamentos utilizando a Behavioral Pain Scale (BPS);
- A avaliação da dor deve realizar-se no início do turno ou antes de iniciar um procedimento doloroso (5-10 minutos);
- A avaliação da dor deve realizar-se imediatamente após um procedimento doloroso (como por exemplo, a aspiração de secreções endotraqueais);
- A avaliação da dor deve realizar-se 15 minutos após o procedimento doloroso;
- A avaliação da dor deve realizar-se 30 minutos após intervenção farmacológica analgésica;
- A avaliação da dor deverá realizar-se 30 minutos após intervenção não farmacológica ou medida de conforto.

A BPS foi descrita pela primeira vez por Payne e colaboradores, em 2001 (Oliveira, 2010). É uma escala que se encontra adaptada e validada para a população portuguesa por Batalha, Figueiredo, Marques e Bizarro (2013).

A BPS avalia a resposta comportamental à dor e pontua três critérios: a expressão facial, os movimentos dos membros superiores e a adaptação da pessoa à ventilação mecânica. A pontuação poderá ser, no mínimo de 3 (sem dor) e no máximo, 12 (Oliveira, 2010).

O EEEMC é o profissional sensibilizado e preparado para identificar evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar, como por exemplo a dor, tal como nos indica a OE no regulamento 124/2011.

Bem-estar é, segundo o ICN (2014), uma imagem mental e, como tal, é também um conceito subjetivo. Pode ser estimado nas dimensões física, psicossocial e espiritual. Ambos são focos de atenção do EEEMC. Na CIPE, encontra-se a definição de bem-estar espiritual e físico, sendo o primeiro identificado como a imagem mental compatível com o princípio da vida, ultrapassando as dimensões biológica e psicossocial e o segundo é a noção da pessoa encontrar-se em boas condições físicas, satisfeita com o controlo da dor, por exemplo.

Por todo o que se falou, o ambiente que envolve a pessoa em situação crítica é gerenciador de estímulos sensoriais, nomeadamente a dor, que, por sua vez, influencia a sensação de bem-estar.

Ao longo dos três estágios, estes aspetos do bem-estar e da dor foram focos permanentes da minha atenção. No SU do HNM, como aliás já referi, planeei um momento de sensibilização dos profissionais quanto à avaliação da dor em pessoas doentes, incapazes de o fazer verbalmente, aspeto indissociável do bem-estar de quem prestamos cuidados.

Quanto aos outros estágios, a BPS era já uma escala integrante da avaliação de Enfermagem, em conjunto com os outros sinais vitais. Em pessoas doentes conscientes e colaborantes, utilizou-se a EVA.

Avaliar a dor periodicamente permite detetá-la a tempo e prevenir, ou evitar, efeitos deletérios a longo prazo, como já referi.

A gestão da dor deverá fazer parte do plano de cuidados de Enfermagem e cabe ao EEEMC, uma particular atenção sob as medidas farmacológicas e não farmacológicas para alívio da dor. Deverá assumir um papel de pivot na divulgação das medidas disponíveis, principalmente as não farmacológicas, que assumem um carácter de prescrição autónoma.

Em relação às medidas farmacológicas, esta é uma intervenção interdependente uma vez que carece de uma prescrição médica. Neste âmbito, é importante ter presente que a analgesia pode ser utilizada em conjunto com sedativos, com vista a diminuir a sensação de estímulos nocivos e deprimir o sistema nervoso central por forma a reduzir a ansiedade, stress e medo. Isto para potenciar a tolerância da pessoa aos procedimentos, mais ou menos invasivos e ao ambiente tecnológico de uma UCI (Oliveira, 2010).

Em termos não farmacológicos, este tipo de medidas complementam as farmacológicas. Entre elas, tem-se a adequação do posicionamento, relaxamento muscular, massagem, *biofeedback* e musicoterapia (Oliveira, 2010). Esta autora referencia ainda Batalha (2006), que fala ainda de técnicas não farmacológicas físicas, como a aplicação de calor/frio, suporte emocional (conforto, escuta ativa) e ambientais (luz, ruído e temperatura).

Infelizmente, deparei-me com o facto de que, nos três estágios, as intervenções de Enfermagem não farmacológicas não se destacam nos registos de Enfermagem ou plano de cuidados, embora sejam continuamente realizadas. Fiz questão de as registar por forma a exemplificar e fazer-se notar a sensibilidade de EEEMC para esta área.

Assim, pode-se inferir que o ambiente influencia a dor e, logo, o bem-estar da pessoa doente. Aliás, este foi um aspeto a que muita importância atribui ao longo dos três estágios e que determinou as competências adquiridas, principalmente no âmbito do controlo do ruído.

Num estudo realizado numa UCI na cidade de São Paulo, Muniz e Stroppa (2009) procuraram identificar as causas dos ruídos excessivos e as reações que os mesmos causavam nas pessoas doentes. Relativamente ao primeiro item, identificaram fatores que importa mencionar, como por exemplo: abrir a cortina bruscamente, o arrastar do biombo e das cadeiras, o barulho do carrinho do eletrocardiógrafo em movimento, as conversas com os visitantes e as mudanças de unidades dos clientes. O horário das visitas e da passagem de turno foram identificados como os mais ruidosos (decibéis médios mais elevados).

Através de uma revisão de literatura, Konkani e Oakley (2012) procuraram identificar as origens dos ruídos nas UCI e dividiram as mesmas em dois grandes grupos: sons operacionais (gerados pelos profissionais e equipamentos) e sons estruturais (gerados pela construção: sistemas de ventilação e ar condicionado, portas, entre outros). Concluíram que os sons operacionais são aqueles que geram mais barulho, a queda de objetos no chão, a abertura de pacotes (soro, medicamentos, material diverso) e o bater de gavetas e portas.

De acordo com Silva (2014), vários estudos têm feito a ligação entre o ruído hospitalar e a variedade de impactos fisiológicos negativos, tais como: distúrbios do sono, alterações da pressão sanguínea, aumento da frequência cardíaca e respiratória, atraso na cicatrização de feridas, diminuição da resposta imunológica, aumento da secreção de cortisol, intensificação da perceção da dor demonstrada pelo aumento de pedidos de medicação analgésica e aumento de refluxo ácido esofágico.

Os profissionais de saúde, particularmente os enfermeiros (pois são os que têm uma intervenção mais próxima e estreita com as pessoas doentes), têm o dever de proporcionar a quem cuidam, uma atmosfera de conforto, controlando os ruídos circundantes, suprimindo sons estranhos e criando um ambiente familiar, não descurando o envolvimento e participação da família (Marques, 2013).

De entre um variado leque de medidas, recomenda-se que um enfermeiro, durante o seu turno (Silva, 2006, referido por Marques, 2013):

- ✓ Mantenha a correta colocação de eléktodos, mangas de pressão, transdutores e oxímetros;
- ✓ Desligue momentaneamente os alarmes antes da realização de procedimentos;
- ✓ Ajuste os limites dos alarmes aos parâmetros das pessoas doentes;
- ✓ Fique desperto para a finalização de soros e perfusões;
- ✓ Desligue o aspirador e oxigénio quando não estiverem a ser utilizados;
- ✓ Modere o tom de voz quando em conversa, com particular atenção ao período noturno;
- ✓ Evite bater as portas e gavetas com muita força;
- ✓ Substitua o som da campainha por um toque mais suave;
- ✓ Assegure que os telefones estão regulados com um som baixo;
- ✓ Feche a porta da sala de sujos;
- ✓ Informe a pessoa quando vai realizar algum ruído.

Estas medidas, simples e exequíveis, melhoram a qualidade dos cuidados e promovem o bem-estar das pessoas doentes e tornam mais célere a sua recuperação (Marques, 2013). São da responsabilidade de todos os enfermeiros, porém cabe ao EEEMC o papel de agente sensibilizador e de mudança de comportamentos dos restantes elementos da equipa.

Ao longo dos três estágios, procurei sempre identificar fatores de stress, gerenciadores de medo e ansiedade da pessoa, sua família/pessoa significativa (competências específicas do EEEMC).

O ICN define medo como uma emoção negativa “de sentir-se ameaçado, em perigo ou perturbado devido a causas desconhecidas, por vezes acompanhado de uma resposta fisiológica do tipo lutar ou fugir” (ICN, 2014, p.59). Ansiedade é definida também como uma emoção negativa acerca de sentimentos de ameaça, perigo ou angústia (ICN, 2014).

A ida ao SU e o internamento em cuidados intensivos constitui uma situação de crise, ou seja, “uma tensão temporária, com comunicação ineficiente, dificuldade na resolução de problemas e incapacidade de reconhecer ou aceder a recursos” (ICN, 2014, p.46). Esta ideia é corroborada por Veríssimo e Pontífice-Sousa (2014) no interessante artigo acerca das práticas humanizadas à pessoa em situação crítica e à sua família, onde referem que a admissão num SU é uma experiência desagradável, caracterizada pelo medo do desconhecido, partilhado por pessoas também desconhecidas. Nomeiam ainda como fatores potenciadores da ansiedade, a preocupação com a situação clínica e o uso frequente de linguagem técnica e pouco clara.

Sousa, Almeida e Simões (2011) levaram a cabo um estudo acerca das vivências dos acompanhantes no SU. Como principais resultados, no âmbito dos acompanhantes, reteve-se o facto de existirem incidentes mais negativos do que positivos e que estes estão associados a comportamentos e atitudes emocionais, tais como agressividade e distância dos profissionais. Estes autores referem-se ao SU como uma zona de tempestade emocional!

E em cuidados intensivos? Uma revisão sistemática da literatura recente, desenvolvida por Castro, Vilelas e Botelho (2011) acerca das experiências vividas pela pessoa internada em UCI, abrangeu estudos de investigação da primeira década do século 21. Os resultados que encontraram classificam a experiência como aterrorizadora! Os sentimentos expressos pelas pessoas doentes cercaram o campo da ansiedade relacionada com a morte, incapacidade em distinguir o tempo, o local onde estavam, as pessoas da família e a dificuldade em comunicar.

Por sua vez, também em 2012, Silva publicou os resultados de um estudo descritivo, de natureza qualitativa, acerca das vivências dos familiares da pessoa em situação crítica e os resultados assemelham-se aos sentimentos da pessoa doente, de que se falou no parágrafo anterior. Assim, os familiares referem, maioritariamente, sentimentos negativos como a ansiedade, o medo, a resignação, a saudade, o sofrimento, a solidão e a tristeza. Os sentimentos positivos mencionados foram a paz e a esperança.

Cabe ao enfermeiro, particularmente ao EEEMC, funcionar como um agente de humanização (Veríssimo & Pontífice-Sousa, 2014), mobilizando conhecimentos para ajudar a pessoa e respetiva família, a gerir os seus recursos por forma a superar esta crise que envolve medos e ansiedades. Deve ainda procurar responder às necessidades identificadas pela família no estudo anterior, nomeadamente a necessidade de informação

acerca do processo de doença, confiança e disponibilidade da equipa, partilha de sentimentos, de estar presente (Silva, 2012).

Acredito que é necessária uma sensibilização especial por parte do EEEMC para o controlo dos fatores de stress, desde a sensibilização da equipa para controlarem os tempos de espera, explicar tudo o que é feito e o que falta fazer (os que estão a aguardar), prestar esclarecimentos úteis e enquadrados, encaminhar para o profissional mais adequado, aquisição de uma postura recetiva e desenvolvimento de empatia.

Quanto à intervenção do EEEMC nos cuidados de fim de vida, não posso deixar de citar Pessini (2016) na sua perspetiva em relação à morte nos cuidados de saúde: “salvar vidas sim, ajudando a recuperar a saúde quando possível (...) o outro lado da moeda (...) é ajudar as pessoas a dizer adeus à vida com dignidade “(p.61).

É uma área delicada, mas o facto é que a morte é uma realidade cada vez mais presente nos hospitais. Isto porque tem-se assistido a uma ímpar evolução científico-tecnológica, o que permitiu, em Portugal, prolongar e duplicar a esperança de vida (Alves, 2015). Esta autora acrescenta que, cada vez mais, encontram-se novos tratamentos que prolongam a vida, por vezes tornando as pessoas dependentes de cuidados de saúde. Deixou-se de morrer em casa, para morrer-se em serviços hospitalares recheados de tecnologia e a morte passou de um acontecimento a um processo (Alves, 2015).

Assim sendo, é uma área de intervenção de grande sensibilidade e crescente importância, sendo “necessário que os enfermeiros desenvolvam competências para intervir ativamente junto das famílias nesta fase de transição, de modo a contribuir para um final de vida mais digno e de qualidade para o utente que morre e para a sua família” (Pereira, 2010, s.p.).

Pereira (2010) desenvolveu um interessante estudo na área das vivências da morte de um familiar no SU. Entre os vários resultados, encontram-se as dificuldades sentidas pelos familiares em lidar com a dor da perda, encarar o corpo morto, estar sozinho e ainda referenciaram algumas dificuldades relacionadas com as condições do serviço. Também neste mesmo estudo, os familiares referenciaram que esperam dos enfermeiros apoio, informação e relação.

Inevitavelmente, acompanhei a fase final da vida de algumas pessoas, bem como o processo de luto inicial dos seus familiares e não posso deixar de partilhar uma frase de um colega, que marcou: “quando todos desistem, o enfermeiro permanece!”. Para os enfermeiros, a morte é uma resposta a um processo de saúde-doença e, como tal, são

necessários cuidados de Enfermagem. Agora para tornar a fase final da vida mais digna para quem vai e apaziguar a dor de quem fica!

Como já se tem vindo a falar, a intervenção do EEEMC é mais do que médica ou cirúrgica. Tem uma forte componente relacional com a pessoa em situação crítica e respetivos familiares/pessoa significativa. Sendo assim, é compreensível que façam parte das competências, o desenvolvimento de conhecimentos e capacidades para a comunicação interpessoal e relação terapêutica com a pessoa/família.

A comunicação e interação da pessoa em situação crítica, em particular UCI, poderão estar comprometidas devido à dificuldade ou mesmo incapacidade, em exprimirem as suas necessidades, por exemplo em casos de alteração do estado de consciência devido à medicação sedativa, ou devido à impossibilidade de emitirem sons devido à presença de um tubo nas cordas vocais (Alves, 2012). Isto tudo aliado ao ambiente estranho envolvente, pessoas desconhecidas e múltiplos procedimentos, mais ou menos invasivos, entendidos pela pessoa doente como ameaçadores (Alves, 2012).

O EEEMC, em particular, deverá conhecer e, depois, mobilizar estratégias para facilitar a comunicação consoante a pessoa a quem presta cuidados, pois só assim consegue humanizar e personalizá-los.

Uma comunicação eficaz implica o controlo das barreiras à comunicação, como por exemplo a presença de um tubo endotraqueal. E a comunicação com a pessoa ventilada é, sem dúvida, uma área privilegiada de atuação do EEEMC. Neste caso, o primeiro impulso da pessoa entubada será sempre movimentar os lábios para tentar comunicar verbalmente e, logo em seguida, pode-se assistir à sua expressão facial de desespero (comportamento não verbal) por não conseguir produzir qualquer som. Qualquer enfermeiro de cuidados intensivos já testemunhou esta atitude. O *feedback* imediato é explicar, com discurso calmo e simples, o que se está a passar e encontrar meios alternativos de comunicação, como sejam o uso de cartões com desenhos, disponibilizar um quadro para escrita (Alves, 2012) ou mímica facial.

Reconheço ainda, muita importância à orientação espaço-temporal de cada pessoa doente, que faz toda a diferença no trabalho de cada enfermeiro, no sentido facilitar a adaptação e de atribuir algum controlo ao mesmo (Alves, 2012).

Alves (2012) desenvolveu um estudo exploratório, de natureza qualitativa, onde procurou compreender o processo de comunicação entre enfermeiro e a pessoa doente submetida a ventilação mecânica invasiva, por forma a contribuir para a melhoria dos cuidados. Entre as conclusões mais interessantes, estão as finalidades da comunicação, que

são para explicar procedimentos e avaliar as necessidades da pessoa e os fatores que influenciam a comunicação, nomeadamente o estado de consciência/nível de sedação, experiência profissional e ambiente da UCI. Estes dois últimos são fatores potencialmente modificáveis pelo enfermeiro.

Para Alves (2012), comunicação e relação terapêutica são conceitos indissociáveis e, como tal, o EEEMC deverá dotar-se de habilidades essenciais nesta simbiose, como sejam a capacidade para ouvir, compreender a pessoa doente, estar atento ao seu comportamento e atitudes verbais e não-verbais. Esta autora salienta a escuta como elemento essencial na relação de ajuda, ou seja, não apenas ouvir, mas escutar atentamente por forma a compreender a vivência do outro.

Ao longo dos três estágios, a comunicação com a pessoa doente impossibilitada de comunicar verbalmente, foi um genuíno desafio. Devo dizer que amadureci muito neste aspeto e passei a acreditar e valorizar muito mais a comunicação com uma pessoa sedada, bem como a informar da hora, dia, até o tempo que faz na rua e a hora das visitas para que não se sinta esquecida pelos seus familiares.

Para Mendes (2015), a família torna-se cliente para o enfermeiro uma vez que se encontra num processo de transição saúde-doença de um dos seus membros. Realço o pensamento de Maria do Céu Figueiredo (prefácio do livro *A Informação à Família na Unidade de Cuidados Intensivos: desalojar o desassossego que vive em si*) que nos diz que “hoje (...) os enfermeiros dispõem de conhecimento teórico e evidência empírica que os capacitam para estabelecerem um relacionamento terapêutico com as famílias, reconhecendo as suas necessidades e as suas forças e recursos e ajudando a suavizar o sofrimento da família” (p.9).

Também é necessário investir-se na comunicação com a família e numa relação terapêutica eficaz. Para Borges, Pereira e Vieira (2015), o processo comunicacional eficaz com a família é um indicador da qualidade e humanização dos cuidados de Enfermagem.

Diz-nos a evidência científica que os enfermeiros das UCI's comunicam com as famílias através da comunicação verbal, não verbal e ainda de atitudes comunicacionais, tais como o suporte emocional, a presença e o contato visual. Além destes aspetos, Borges et al. (2015), no seu trabalho de investigação numa UCI portuguesa, para identificar os fatores facilitadores e dificultadores da comunicação enfermeiro-família, concluíram que a informação proporcionada correspondia às necessidades de informação e os familiares consideraram a linguagem acessível, o que acabou por facilitar a comunicação. Porém, no estudo de Mendes (2015), alguns familiares entrevistados referiram que a informação

transmitida pelos profissionais de saúde não foi clara nem confiável, outros referiram que souberam o que tinham que saber, no momento certo, outros souberam mais do que queriam.

Este tipo de estudos são delimitados no tempo e à população estudada, todavia não se pode deixar de refletir nestes resultados e comparar com a realidade que experienciei. Posto isto, é indispensável que o EEEMC desenvolva a assertividade e consiga diagnosticar as necessidades da família em termos de informação, para partilhar na equipa que tipo de informação querem os familiares saber quando, por vezes, nem eles próprios sabem.

Numa revisão sistemática da literatura levada a cabo por Galinha de Sá, Botelho e Henriques (2015) acerca da experiência dos enfermeiros quanto ao cuidar da família da pessoa em situação crítica, as dificuldades mais referidas associaram-se à falta de tempo, à ausência de recursos, ao receio de aproximação emocional, ao próprio desconhecimento das necessidades da família, à priorização dos cuidados à pessoa em situação crítica, à reduzida formação e aos conflitos intrapessoais. As estratégias utilizadas para cuidar da família envolvem a promoção da presença da mesma junto à pessoa doente, bem como o seu envolvimento nos cuidados, o apoio em situações de luto e a comunicação eficaz.

Paradoxalmente, apesar do que se encontra nos vários artigos acerca da importância da relação de ajuda e do envolvimento das famílias, ainda há enfermeiros que desconhecem as necessidades da família e receiam a aproximação emocional. Identifico aqui uma oportunidade de sensibilização pelo EEEMC.

Ainda no âmbito dos cuidados à família, destaco agora os cuidados que antecipam a visita à pessoa doente. Para tal, referencio um trabalho muito interessante e que prendeu a minha atenção. Toldo, Grazioli, Hanuer, Rosa e Silva (2016) elaboraram um artigo que envolveu o trabalho realizado no acolhimento dos familiares numa sala de espera, num hospital brasileiro. É um conceito muito interessante; desenvolvem sessões semanais para os familiares das pessoas doentes internadas em cuidados intensivos, onde esclarecem dúvidas, apoiam e onde é reforçada a importância de, durante a visita ao familiar, conversar com ele por forma a transmitir segurança e esperança. Acredito que esta deverá ser a atitude de cada enfermeiro assumida diariamente perante um familiar, adaptando a comunicação e a relação terapêutica a cada situação.

As situações da prática mais desafiantes são, na minha perspetiva, as situações em que a pessoa doente encontra-se desorientada, ou mesmo em delírio (o que poderá acontecer devido a múltiplas situações, mas principalmente devido ao stress), causando

ansiedade nos familiares, ou ter que lidar com o desalento dos mesmos perante uma estagnação ou deterioração do estado do familiar, a cada dia. Neste campo, ajudou-me muito o trabalho de Mendes (2015) que, na sua tese de doutoramento, “A informação à família na unidade de cuidados intensivos”, tem descritas as vivências de familiares de pessoas doentes. Aconselha-se o livro a qualquer enfermeiro de cuidados intensivos, apesar de, atendendo à natureza do estudo, não se poder generalizar os resultados.

Perante aquele desalento familiar de que falei e mesmo perante a desorientação da pessoa doente, os familiares procuram junto do enfermeiro alguma informação que possa justificar esta situação e que lhes traga esperança nas melhoras. Segundo Mendes (2015), as pessoas da família passam a estar atentas a todos os sinais, as palavras escutadas ao pormenor e depressa desencadeavam sensações distintas:

Conscientes ou não dos factos, procuravam alento e no limite, queriam que a sua esperança não desaparecesse, que não lhes permitisse em momento algum ver o fim da vida, que desconfiavam, vezes sem conta, estar perto. Aprenderam assim a ganhar alguma confiança em si, na sua capacidade de resiliência, e também na equipa a que infindavelmente questionam tudo... (Mendes, 2015).

Para terminar este subcapítulo e o relato das experiências associadas a esta competência EEEMC, invoco Meleis e a sua teoria de médio alcance, a Teoria das Transições, como o enquadramento teórico de eleição para a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e seus familiares.

Meleis (2010) define transição como a “passagem de um estado estável para outro estado estável, sendo um processo acionado por uma mudança. As transições são caracterizadas por diferentes etapas dinâmicas, marcos, e pontos de viragem e podem ser definidas através de processos e/ou resultados finais” (p.11). Esta autora acredita que um processo de transição resulta numa mudança significativa na vida. Para ela, as transições e o modo como as pessoas reagem a elas deverão ser o foco da atuação dos enfermeiros e os cuidados de Enfermagem à pessoa doente devem, além de manter as funções vitais e prevenir complicações ou limitarem incapacidades, facilitar ou inibir os processos individuais para a satisfação das necessidades da mesma na procura do bem-estar. Assim, o enfermeiro assume um papel fundamental no apoio à pessoa doente, dado que auxilia estas pessoas em situações de transição de modo a procurar a desejada homeostasia.

Para Meleis (2010), o enfermeiro precisa de compreender o que precipita o processo de transição saúde/doença e os estádios vivenciados em doenças específicas, de modo a planear e implementar intervenções de Enfermagem apropriadas para que a sua atuação seja de qualidade.

2.3.2 Competências Específicas: Dinamizando a Resposta a Situações de Catástrofe ou Emergência Multi-vítima

Em relação ao desenvolvimento da competência específica – dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação – as minhas iniciativas foram ao nível da tomada de conhecimento do complexo plano regional de emergência da Proteção Civil da Região Autónoma da Madeira, disponível para o público no endereço eletrónico desta entidade, bem como aprendi conceitos básicos para a triagem em catástrofe. Devido à especificidade temporal da situação de catástrofe, não pude alargar o horizonte de experiências, embora se tenha mobilizado recursos por forma a conhecer estratégias de atuação nestes contextos.

Em relação à diferença entre acidente grave e catástrofe, a lei de bases da Proteção Civil que consta na Lei nº27/2006, diz que o primeiro é um acontecimento com efeitos limitados no tempo e no espaço e o segundo é um ou vários acidentes graves, com elevados prejuízos materiais e, eventualmente, várias vítimas, acabando por afetar as condições de vida e o espaço socioeconómicos em extensas áreas ou mesmo na totalidade do território nacional.

Em termos do SU do HNM, há um Plano de Catástrofe Externa a que tive acesso, definido por um conjunto de normas e regras procedimentais que são destinadas a evitar ou minimizar os efeitos de um acidente grave, catástrofe ou calamidade que ocorram na RAM e que suscitem uma procura inesperada e excessiva de cuidados no SU, prevendo-se o risco em esgotar os recursos disponíveis (Serviço Regional de Saúde da RAM [SESARAM], 2008). Nele encontram-se descritos os níveis de intervenção e organização do SU perante situações que motivem a sua ativação, desde a redistribuição de pessoas doentes e convocação extraordinária de recursos humanos.

Quanto aos tipos de catástrofe ou tipos de risco, estes podem ser distinguidos em três tipos: origem natural, derivados do desenvolvimento tecnológico e relacionados com o comportamento humano (SESARAM, 2008). Exemplos dos primeiros riscos são os aluviões, sismos, inundações ou incêndios; dos segundos, encontramos os acidentes rodoviários ou aéreos, ou ainda colapsos de edifícios ou pontes; os exemplos relacionados com o comportamento humano, são os atos de terrorismo ou espetáculos pirotécnicos.

Em relação ao papel do enfermeiro, são atribuídas aos EEEMC as competências na área da intervenção em catástrofe, conforme as competências específicas do EEEPSC.

O ICN e a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2009, publicaram um documento sobre as intervenções de Enfermagem em catástrofe, realçando estes

profissionais como elementos chave devido às suas habilidades na prestação de cuidados, capacidades criativas, capacidades de adaptação e de liderança.

2.3.3 Competências Específicas: Maximizando a Intervenção na Prevenção e Controlo da Infecção

Ao EEEPSC, é reconhecida a competência de maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infecção perante a pessoa em situação crítica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

As infeções associadas aos cuidados de saúde, bem como o aumento da resistência aos antimicrobianos, são problemas muito importantes e exponenciais a nível mundial (DGS, 2016a). Estes problemas trazem graves consequências, tais como piora o prognóstico da doença, prolonga o internamento, potencia o aparecimento de comorbilidades e aumenta a morbilidade (DGS, 2016a).

O SU é, pela sua natureza, um local muito propício à infecção: é um local onde são prestados cuidados urgentes e emergentes, num curto espaço de tempo, onde existem muitas situações de *lifesaving*, escassez de profissionais e número elevado de pessoas doentes (Figueira, 2013). Este autor relata a realidade de um outro hospital, mas muito semelhante à realidade do SU onde passei:

perante os 25 a 30 pessoas doentes internados em corredor não existem lavatórios ou frascos de SABA disponíveis para ser possível a higienização das mãos em todos os momentos necessários. Muitas vezes a solução encontrada é a mudança de luvas em cada doente, o que não é suficiente para impedir a infecção cruzada (...) num universo de 250 pessoas doentes por dia, muitas vezes a substituição das pessoas doentes por outros nestas camas é uma constante. Num turno de 8 horas, uma cama de SO chega a ter 3 ou 4 pessoas doentes. (Figueira, 2013, p.36).

Senti que, no estágio respeitante ao SU, implementar medidas para prevenir e controlar a infecção é um verdadeiro desafio, atendendo às várias condições adversas referidas por Figueira (2013) e que também presenciei e percecionei.

A higiene das mãos é a medida mais básica para o controlo de infecção, mas faz parte de um conjunto de medidas que são identificadas como precauções básicas para o controlo da infecção (PBCI), divulgadas na circular normativa 029/2012 da DGS. Então, além da higiene das mãos, temos a colocação de pessoas doentes, a etiqueta respiratória, a utilização de equipamento de proteção individual, a descontaminação do equipamento clínico, o controlo ambiental, manuseamento seguro de roupa, recolha segura de resíduos, prática segura na preparação e administração de injetáveis e exposição a riscos

microbianos no local de trabalho. Estas medidas adaptam-se e são transversais a cada contexto da prática clínica.

Figueira (2013) desenvolveu um estudo que envolvia a adesão dos enfermeiros do SU à lavagem das mãos. A taxa de adesão foi de apenas 41%. Entre os cinco momentos (antes do contato com a pessoa doente, antes de procedimentos invasivos, após a exposição a fluidos orgânicos, após o contato com a pessoa doente e antes do contato com o ambiente do mesmo), aqueles que menos envolveram a higiene das mãos foram o primeiro e o último. O que mais apresentou uma taxa de adesão foi o quarto momento.

O último relatório da DGS, disponível à data de novembro de 2016, diz respeito à evolução da adesão às medidas de PBCI desde 2011 até 2015. Pode-se constatar que esta adesão tem vindo a sofrer um aumento gradual. Em 2012, a taxa de adesão era de 68% (DGS, 2014). Em 2014 e 2015, a taxa de adesão subiu para 70.3% e 73.1%, respetivamente (DGS, 2016b). Realço, que a taxa de adesão regional mais elevada foi a da RAM com 78.9%.

Ainda no mesmo relatório de 2016, relata-se que o grupo profissional com maior adesão são os enfermeiros, com 80.6% em 2015.

Em comparação com o estudo de Figueira (2013), os resultados nacionais de 2015 são semelhantes, ou seja, os momentos para a higienização das mãos mais descurados são o 1^a e o 5^a, com 64.9% e 69.3%, respetivamente.

Os restantes resultados relativamente às outras PBCI's são todos positivos, revelando uma gradual melhoria na respetiva adesão. Porém, apenas cerca de 70% dos profissionais, em 2015, confirmaram que tinha conhecimento acerca das normas, o que é um número preocupante e aquém das expectativas, tendo em conta todo o trabalho que tem vindo a ser realizado. Na minha opinião, a taxa desejável rondaria os 100%. Assim, identifico aqui aspetos a serem trabalhados pelo EEEMC. Nesta ótica, a DGS sinaliza que é necessário continuar a apostar na formação de todos os grupos profissionais, campanhas de sensibilização e auditorias. O enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica diagnostica as necessidades do serviço em matéria de prevenção e controlo da infeção, conforme nos indica o regulamento 124/2011.

Durante o estágio da urgência, já referi que foi um desafio contornar algumas condições adversas, sobretudo associadas à estrutura física e recursos materiais escassos. Posto isto, além de ter discutido estas situações com os enfermeiros do serviço, adaptou-se os cuidados por forma a manter as precauções básicas no controlo de infeção. Aqui, o EEEMC tem um papel determinante na sensibilização, monitorização e aconselhamento

acerca de algumas situações específicas, por exemplo, no caso de ser necessário sinalizar situações de especial vulnerabilidade à infeção (imunodeprimidos, por exemplo, na colocação de pessoas doentes), o que poderá ser feito já na triagem com um alerta no sistema informático para esta situação.

Referindo-me, em particular, à sala de emergência, acontecem alguns atos considerados de *lifesaving*, onde a prevenção e controlo de infeção são colocados em segundo plano tendo em vista as ameaças à vida.

Todavia, são salvaguardadas algumas situações, tais como a separação de zona de sujos e limpos, bem como a presença de um contentor de resíduos biológicos em local estratégico. Todos os profissionais conhecem os riscos, pelo que ninguém acede à vítima sem uso de luvas; claro que este ato deveria ser constante, mas naquela sala assume uma particular importância atendendo ao frequente desconhecimento dos antecedentes e história pessoal. A avaliação primária e secundária são momentos críticos dado que há um contato direto com a vítima durante a procura de lesões. É necessário tirar a roupa, muitas vezes conspurcada com sangue, que é devidamente colocada num saco de plástico transparente. Todo o material de imobilização é também entregue ao assistente operacional para lavagem e desinfeção. Os procedimentos invasivos são realizados de acordo com as recomendações básicas.

O projeto “Stop Infeção” é um programa do Ministério da Saúde, em parceria com o Institute of Healthcare Improvement (IHI), que consiste na implementação de um sistema de aprendizagem colaborativa em 12 hospitais públicos, que comprometeram-se em reduzir a incidência das infeções hospitalares (em 50%), em três anos e que conta com o apoio da Fundação Calouste Gulbenkian.

O HNM foi um dos escolhidos, assim como o HSJ, particularmente a UUM, onde desenvolvi o ensino clínico II.

Basicamente, o programa consiste na implementação de quatro feixes de intervenção para: prevenir a infeção do local cirúrgico, a pneumonia associada à intubação (endotraqueal), a infeção relacionada com o catéter vesical e, por fim, a infeção relacionada com o catéter venoso central.

Estas intervenções preconizadas, têm de ser cumpridas por todos e, nesse sentido, são garantidas auditorias periódicas aos cuidados. Na UUM, colaborei com o EEEMC nestas auditorias. Durante este ato, é também importante esclarecer dúvidas que possam surgir no sentido, não de encontrar erros, mas sim melhorar continuamente.

A cada pessoa doente, internada na UUM, correspondia uma espécie de *check-list*, que era consultada e preenchida diariamente pelos enfermeiros que lhe prestavam cuidados, por forma a criar evidência da implementação dos feixes de intervenção.

O HSA não integrou este projeto, mas a UCIP onde decorreu o estágio III faz por cumprir as precauções básicas e utilizam normas e procedimentos próprios, como por exemplo, a utilização de cloroheixidina nos banhos às pessoas doentes internadas, à colocação de infetados em “boxes” isoladas, à existência de barreiras físicas que separam cada unidade no *openspace* que é a unidade e têm muito material à disposição, principalmente em termos de equipamento de proteção individual, em cada unidade da pessoa internada. Em termos da prevenção da infeção associada à intubação (endotraqueal), há também uma *buddle*, baseada em evidência científica, cujas intervenções de Enfermagem são idênticas às consideradas no referido feixe de intervenção correspondente, do projeto “Stop Infeção”.

Quero ainda destacar a participação num estudo europeu, a desenrolar-se na UCIP do HSA, acerca da utilização de antimicrobianos a nível da cavidade oral e orofaringe, para a prevenção da pneumonia associada à intubação. Periodicamente, realiza-se uma zaragatoa da cavidade oral para controlo.

Também, devido à vigilância epidemiológica do Centro Hospitalar do Porto e à incidência crescente de bactérias multirresistentes, como por exemplo a enterobactéria *Klebsiella pneumoniae* produtora de carbapenemases (KPC), é realizando um rastreio a todas as pessoas doentes, admitidas na unidade, através de uma zaragatoa perianal. As novas pessoas admitidas são mantidas em isolamento de contacto até que o resultado da zaragatoa esteja disponível.

2.3.4 Competências Comuns: Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Este primeiro domínio das competências comuns do enfermeiro especialista, contempla as seguintes competências, tais como consta no regulamento 122/2011 da OE: desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção, bem como promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais

Em primeiro lugar, como não poderia deixar de ser, nos alicerces de todo o percurso pelos três estágios, encontra-se o Código Deontológico que rege a profissão. Nele

encontram-se expostos os deveres da profissão (fundamentados nos direitos dos cidadãos, utentes do Serviço de Saúde) e as responsabilidades assumidas pela profissão.

Quero ressaltar que o Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) e a Regulamentação do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) que serão invocados ao longo do texto, constam no Estatuto da OE, consta da Lei 156/2015 de 16 de setembro.

O CDE é um marco importante do reconhecimento da profissão. Nele encontram-se descritas as condições normativas e vinculativas que dizem respeito a todos os enfermeiros, seja qual for o seu contexto de atuação (OE, 2005).

Qualquer enfermeiro está coberto com a responsabilidade de agir conforme o Código Deontológico; porém, cabe ao enfermeiro especialista o reconhecimento de situações particulares, a responsabilidade de promover o cumprimento de um exercício profissional de acordo com o Código Deontológico da profissão e de funcionar como um elemento de referência para esclarecer casos específicos. Por exemplo, deve tomar a iniciativa para discutir casos específicos (inclusive ético-legais) durante o momento da passagem de turno, se isso trouxer benefícios para a intervenção de toda a equipa.

Ao longo do caminho percorrido pelos estágios já referidos, assisti e colaborei em alguns processos de tomada de decisão, no sentido de resolver problemas de variada natureza; sempre que aplicável, as estratégias eram discutidas e escolhidas em parceria com a pessoa alvo dos cuidados. A recolha de informação para a realização do juízo, abrangia a pessoa significativa/familiares, quando possível. Um dos aspetos mais positivos foi o envolvimento do acompanhante na prestação de cuidados e eventual tomada de decisão, tendo ficado com a certeza que esta é uma área de especial intervenção do enfermeiro especialista – a atenção particular para o envolvimento da pessoa significativa.

A tomada de decisão do enfermeiro “orienta o exercício profissional autónomo (...)” (OE, 2012, p.10), implicando uma abordagem sistémica e sistemática. Sistemática porque implica um processo com várias fases e sistémica porque o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados do indivíduo e do grupo. As intervenções de Enfermagem serão então prescritas após a avaliação cuidada e diagnóstico feito, por forma a “evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados” (OE, 2012, p.10).

O processo de tomada de decisão deve ser, preferencialmente, em equipa (onde deverá estar incluído a pessoa doente e familiar, em tempos diferentes, ou não, sempre que a situação se justificar) por forma a reunir o conhecimento e experiência de todos, de modo a encontrar a resposta mais apropriada a partir de um leque de opções.

E estas decisões de que se fala são de diferentes complexidades, desde uma (aparente) simples decisão de mudar uma pessoa de uma ala para outra ou a decisão do fluxograma de triagem mais apropriado para uma situação específica, isto em contexto do SU.

A tomada de decisão (é) ético-deontológica assenta em valores e normas deontológicas e recorre a elementos da ordem jurídica, tal como define as competências comuns do enfermeiro especialista.

O enfermeiro especialista deve preocupar-se com o desenvolvimento de práticas com base nos princípios referenciados. Vários enfermeiros especialistas de Coimbra (Morgado, et al., 2014), desenvolveram um estudo exploratório e descritivo em 2012, onde identificaram situações da prática dos enfermeiros ao nível da gestão e prestação de cuidados, que seriam alvo de dúvida e preocupação na tomada de decisão ética e deontológica, bem como as dificuldades sentidas neste campo. Relativamente ao primeiro objetivo, as dúvidas e preocupações dos enfermeiros mais referidas foram no âmbito da informação às pessoas doentes/familiares e da dignidade em final de vida, nomeadamente a prestação de cuidados em tratamentos que se revelaram inúteis em fase terminal. Quanto às dificuldades sentidas na dificuldade de tomada de decisão ético-deontológica, a mais nomeada foi a articulação e conflitos com a equipa multidisciplinar.

Os profissionais inquiridos nomearam a formação, reflexão e discussão como o melhor contributo para os processos de tomada de decisão ético-deontológica. Serão os enfermeiros especialistas os mais bem preparados para a comandar iniciativas neste sentido.

Pinto (2011) refere que a formação ética deverá basear-se nos fundamentos éticos que orientam a prestação de cuidados, que, por sua vez, orientam a tomada de decisão e respetiva argumentação. Acrescenta ainda que o agir ético implica respeito pela dignidade e autonomia das pessoas, além de prudência, reflexão crítica, consciência da cidadania e responsabilidade humana.

Em todos os estágios, surgiram diversas situações de decisão, mais ou menos complexas. Realça-se uma situação específica em cuidados intensivos, que se debruçou numa questão de natureza ética muito sensível: os critérios de morte cerebral.

Durante o estágio II (cuidados intensivos), surgiu a possibilidade de acompanhar um processo para declaração de morte cerebral e manutenção do suporte vital para dador, de uma vítima de um traumatismo crânio-encefálico grave. Neste caso, a tomada de decisão regeu-se por aspetos ético-legais muito precisos.

Em Portugal, desde 1994, utilizam-se critérios de morte relacionados com a ausência de atividade do tronco cerebral, conforme consta no Despacho 14341/2013 do Ministério da Saúde. Sendo o tronco cerebral o principal responsável pelo comando da execução das denominadas “funções vegetativas” como a respiração, deglutição, regulação dos ciclos de sono e vigília, a perda irreversível da sua função é critério para a declaração da morte cerebral (Lima, 2005). Esta declaração é realizada com base na ausência de reflexos do tronco (fotomotores, oculocefálicos, oculovestibulares, corneopalpebrais, faríngeo) e apneia (subida da pressão parcial de dióxido de carbono após 8 a 10 minutos sem ventilação mecânica e fração inspirada de oxigénio a 100% diretamente na árvore brônquica). São necessários dois conjuntos de provas com intervalo mínimo de 6 horas e que serão realizadas por dois médicos, um dos quais deverá ser da área das neurociências.

O Registo Nacional de Não Dadores (RENDA) foi criado com o propósito de garantir o direito dos cidadãos à expressão da sua livre vontade e em plena consciência, em opor-se a uma potencial dádiva. A inscrição poderá ser feita a partir de um centro de saúde e são cumpridos todos os requisitos legais constantes no Decreto-Lei 244/94 de 26 de setembro (1994).

Foi então consultado o RENDA e confirmado a não existência da expressão da vontade da pessoa em questão em não ser dador.

O enfermeiro especialista promove a proteção dos direitos humanos, tal como determina o CDE.

O CDE protege essencialmente a vida e todos os aspetos éticos e deontológicos inerentes aos vivos. Porém, há alguns aspetos que se destacam quando se pensa no doente terminal, nomeadamente o dever de sigilo, os valores humanos (dignidade), o respeito pela intimidade, o direito ao cuidado (para assegurar a viabilidade do órgão fígado – “assegurar a continuidade de cuidados (...) manter-se no seu posto de trabalho”), dever de informação à família e do respeito pelo doente terminal (p.8079).

Este processo de tomada de decisão ética envolveu outra questão muito sensível ao enfermeiro especialista, a promoção do respeito pelo direito dos clientes no acesso à informação na equipa onde está inserido e a promoção da confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral.

A pessoa doente envolta no processo de tomada de decisão ético-legal de morte cerebral, era natural de Beja e a sua família (esposa e filhos) não tinham possibilidades de se deslocar à capital, pelo que seguiram todo o processo por via telefónica. Levantou-se, deste modo, outras duas questões: o direito à informação *versus* o dever de sigilo.

O meio telefónico, por não permitir uma interface facial com o interlocutor, levanta algumas questões acerca da identidade do mesmo. A OE emitiu um parecer do conselho jurisdicional (8/2008) em que percorre o dever de informação do utente e família, bem como o dever de sigilo. Em primeiro lugar, deverá ser privilegiada a vontade da pessoa doente relativamente à informação que a mesma pretenda transmitir. Na impossibilidade da livre expressão dessa vontade, a família deve ser envolvida para que possa agir em favor do interesse do mesmo. Quando o único meio de comunicação é o telefone, este não deverá impedir a informação à família, mesmo quando a pessoa doente não possa dizer a quem e o que dizer. Neste caso, deverá ser sempre considerado o melhor interesse do próprio em termos de bem-estar, segurança física, emocional e social, bem como os seus direitos. No caso em questão, a pessoa doente não conseguia expressar a sua vontade e, salvaguardado o superior interesse da família em conhecer toda a evolução da situação, ficou decidido que as informações eram fornecidas à senhora que se identificasse como esposa e ao filho, avaliando primeiro o seu conhecimento de tudo o que estava a passar, tomando essa informação como uma segurança de que não seriam pessoas estranhas e um ponto de partida para novas, até ao culminar da situação de morte cerebral.

O enfermeiro assume a responsabilidade pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega, conforme consta no artigo 100º do CDE. Realça-se aqui o artigo 104º que nos elucida do dever da coresponsabilização pelo atendimento em tempo útil, orientação para o profissional mais adequado quando a resposta necessária ultrapassa a sua área de competência e assegura a continuidade de cuidados.

Conforme nos indica o artigo 99º do CDE, as intervenções de Enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade, tanto da pessoa como do enfermeiro. Realçam-se os valores universais a preservar na relação: a igualdade, a liberdade responsável, a verdade, justiça, altruísmo, solidariedade, competência e aperfeiçoamento profissional. O enfermeiro especialista assegura ainda que os direitos das pessoas doentes, no acesso aos cuidados de saúde, sejam respeitados, desde o respeito pela sua dignidade, equidade no acesso, direito à informação, privacidade, sigilo, entre outros.

Um SU, pela sua natureza, torna os cidadãos que a ele recorrem, particularmente vulneráveis. Tanto as pessoas doentes como os seus familiares, são afetados por sentimentos de ansiedade e com medo do possível diagnóstico clínico (Sousa et al., 2011).

Identifiquei que o SU reúne vários aspetos que deverão ser alvo da atenção particular do enfermeiro especialista, em especial a privacidade e o sigilo.

Diz-nos a carta dos direitos do doente, Lei 15/2014, de 21 de março, que a prestação de cuidados de saúde deve ser sempre efetuada no respeito rigoroso da pessoa, o que significa que qualquer ato de diagnóstico ou terapêutica só pode ser efetuado na presença de profissionais indispensáveis à sua execução, salvo se o doente consentir ou solicitar a presença de outros elementos. Neste contexto, o enfermeiro especialista marca a diferença por sinalizar situações particulares de maior fragilidade em termos de exposição (quase sempre física). A intervenção terá que ser especializada, no sentido de garantir a mínima exposição. Neste contexto, é extremamente importante a sensibilização para esta situação no âmbito da equipa de trabalho (incluindo os assistentes operacionais), mesmo de uma maneira informal, incluindo sugestões de algumas estratégias protetoras.

O dever de sigilo ou de confidencialidade é também um tema que pode ser muito problemático tendo em conta toda a azáfama inerente a um SU. Mais uma vez, o enfermeiro especialista reúne competências para sensibilizar a equipa para esta problemática e chamar a atenção para situações particulares enquanto as mesmas decorrem no sentido de prevenir dissabores futuros. Por exemplo, proporcionar um local à parte para a transmissão de informações pessoais, cuidado na visualização do sistema informático por outros, quando não esta a ser utilizado.

Silva (2007), na sua dissertação de Mestrado, diz que o SU é um espaço despersonalizado e partilhado por vários pessoas doentes e profissionais de saúde, num contexto ambiental em constante agitação e onde se assiste a situações várias de risco de vida. Considera-se importante destacar que Silva (2007) acredita que a prioridade, tendo em conta que a problemática das restrições de privacidade num SU, será a sensibilização dos atores (neste caso os profissionais que lá trabalham) para as ameaças e riscos inerentes a este direito através, por exemplo, de formação e de regulação das atividades realizadas naquele contexto. Sublinha que este será, com certeza, um processo moroso e que requer reflexão, aprendizagem e crescimento.

Já no contexto das UCI's, que são ambientes mais protegidos, os aspetos relacionados com a privacidade e sigilo sofrem um controlo mais apertado. Vários fatores contribuem para tal, mas principalmente a entrada controlada de visitantes e o ratio enfermeiro/pessoa doente. Todavia, identificou-se, em ambos os contextos clínicos de cuidados intensivos, outras situações que são alvo da preocupação do enfermeiro especialista, nomeadamente a polémica questão da passagem de turno junto à pessoa doente *versus* na sala de Enfermagem ou ainda a exposição da folha de registos (monitorização e balanço hídrico) junto à cabeceira da pessoa doente, ao dispor de

qualquer outra pessoa. Em ambos os contextos de estágios, a passagem de turno acontecia junto às pessoas doentes. Na UUM, havia uma passagem de turno paralela entre os enfermeiros chefes de equipa (a maioria EEEMC), em sala fechada. Na UCIP do HSA, havia uma segunda passagem de turno entre os enfermeiros chefes de equipa, com todos os enfermeiros presentes, num espaço central do *openspace* (sala de trabalho de Enfermagem).

Ferreira, Luzio e Santos (2010) dizem que a passagem de turno junto às pessoas doentes é uma prática comum em muitos contextos hospitalares e o principal objetivo será envolvê-los no seu processo de cuidados. Todavia, é um assunto muito delicado e alvo de controvérsias. Estes autores realizaram um estudo exploratório-descritivo, de natureza qualitativa, por forma a descrever as opiniões de pessoas doentes, internadas em três serviços hospitalares de Coimbra. Como principais conclusões, descrevem que as pessoas doentes nomearam algumas vantagens da passagem de turno junto a si, nomeadamente, o conhecimento mútuo e o cumprimento do direito à informação. Por outro lado, as mesmas pessoas referem que vêm em risco a sua confidencialidade, a pouca interação no momento com o enfermeiro, além de que classificaram a informação transmitida como repetitiva, pouco interessante e pouco clara devido à linguagem técnico-científica utilizada.

Maxson, Derby, Wroblewski e Foss (2012) referem que a passagem de turno junto das pessoas doentes, permite que o enfermeiro que recebe o turno, possa fazer perguntas perante o que está a visualizar na respetiva unidade, melhorando a segurança da pessoa e dos cuidados. Além disso, sempre que possível, permite que o mesmo participe ativamente no seu plano de cuidados, promovendo a sua satisfação.

Já em 2001, o Conselho Jurisdicional da OE emitiu um parecer (20/2001) acerca da passagem de turno junto das pessoas doentes (OE, 2005). Neste parecer, classificam a passagem de turno como um momento de reunião de enfermeiros com dupla finalidade: é assegurada a continuidade dos cuidados e promove a melhoria contínua da qualidade dos cuidados (um momento de análise das práticas).

A decisão emitida evocou os princípios de sigilo e confidencialidade e os deveres de continuidade dos cuidados, tendo sido escrito que a passagem de turno pode ser realizada junto das pessoas doentes ou numa sala à parte, de acordo com os contextos, ou até ser realizada das duas formas, numa perspetiva de complementaridade. Têm é que ser garantidos os direitos das pessoas doentes, nomeadamente a privacidade e confidencialidade. Falam ainda do “privilegio terapêutico”, que é conceito previsto no âmbito jurídico e é definida como a possibilidade de se omitir alguma informação que se

entenda como prejudicial ao estado de saúde do doente ou ponha em causa o seu restabelecimento (Artigo 157º do Código Penal, referido por OE, 2005). Este privilégio deve ser usado em casos excepcionais de passagem de turno junto à pessoa doente, se o enfermeiro considerar que seria prejudicial para o mesmo, tendo em conta o princípio ético da beneficência (OE, 2005).

Todos estes aspetos mencionados ao longo deste subcapítulo, coadunam na certeza de que o enfermeiro especialista trabalha na equipa como um elemento protetor, prevenindo situações potencialmente comprometedoras da privacidade, dignidade e ainda segurança das pessoas doentes. Na certeza de que, perante condições adversas, cabe ao enfermeiro especialista cumprir com os princípios básicos da prestação de cuidados, adaptando-os às condições reais. Assim sendo, mantendo esta conduta, consolidará uma posição de referência na equipa e será um exemplo para todos.

Para terminar este subcapítulo, partilho uma situação de reflexão acerca do modelo de colaboração entre os enfermeiros do serviço de diálise e os enfermeiros da UCIP do HSA. Na entrevista realizada ao enfermeiro perito no serviço de Nefrologia, o mesmo referiu que os enfermeiros, não apenas da UCIP, mas na maior parte dos serviços onde estão as pessoas doentes a realizarem técnicas dialíticas (contínuas ou não), assumem atitudes, de certa forma, desprendidas da responsabilidade da técnica. E isto no que se refere à vigilância dos parâmetros fornecidos pela máquina, diretamente relacionados com a monitorização da execução do procedimento. Esta situação deve-se, segundo o mesmo, à carência de formação (a última em 2012) e aos poucos conhecimentos e competências neste âmbito, bem como à sobrecarga de trabalho, pelo que optam por priorizar outros cuidados à pessoa doente em questão ou a uma segunda pessoa, também lhes atribuída, atendendo a que há uma outra pessoa envolvida na responsabilidade pela TSFR.

A título de exemplo, a complicação mais frequente é a oclusão das linhas e filtro; neste caso, o enfermeiro da UCIP contacta o enfermeiro da unidade de diálise. O tempo de espera até à chegada do colega pode acarretar prejuízos para a pessoa em diálise, nomeadamente a perda de sangue no circuito extracorporal, equivalente a cerca de 250ml, além de que a equipa de Enfermagem sujeita-se a um stress intenso pela possibilidade de não conseguirem resolver o problema de imediato.

Neste sentido, questioneimei-me se a conduta mais correta seria que, um enfermeiro fora do serviço, venha realizar parte do plano terapêutico de uma pessoa lá internada e, à *posteriori*, a vigilância seja feita por outro enfermeiro. Isto quando se sabe que, em outras realidades, são os enfermeiros do serviço que assumem a totalidade dos cuidados

necessários à pessoa de quem cuidam, tendo competências para tal, naturalmente. E os problemas que o enfermeiro da UCIP não saberá ou não conseguirá resolver durante a técnica, a que a pessoa doente à sua responsabilidade está submetida, tendo que chamar o colega da Nefrologia? Não deverão serem ambos capazes de os resolver em tempo útil? E o que nos informa o CDE acerca deste assunto? Poderá a responsabilidade pela técnica ser partilhada?

No Hospital São João no Porto, três colegas (Gomes, Martins & Pinto) aplicaram, no ano 2009, um questionário acerca da execução e vigilância das SLED's aos enfermeiros da UCIP e do serviço de Nefrologia daquela unidade de saúde. A constatação mais importante é que, a maioria dos enfermeiros entrevistados, considera que a SLED deveria ser assegurada inteiramente pela equipa da UCIP, partindo do princípio que há enfermeiros com formação e competência para isso. Assim, diminuía-se o tempo de espera para a resolução de problemas, o stress na unidade pela presença de alarmes e melhoraria a gestão dos cuidados por parte do enfermeiro responsável. Os autores deste trabalho reforçam que a parceria com o serviço de Nefrologia não deixa de ser importante no que se refere à formação contínua, esclarecimento e resolução de situações novas. A ideia principal é que trabalhar-se-á em segurança, se se dominar a prática. Este trabalho tem as suas limitações, mas incita à reflexão de todos.

Invocando o CDE, o artigo 100º diz-nos que o enfermeiro responsabiliza-se pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega. O enfermeiro só pode delegar tarefas em pessoal que dele dependam funcionalmente e só aquelas que ele próprio seja capaz de executar, tal como nos informa o REPE.

O artigo 104º do CDE aponta para o dever de coresponsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico e tratamento, orientar o indivíduo para outro profissional de saúde mais bem colocado para responder ao problema, quando o pedido ultrapasse a sua competência. O artigo 109º diz-nos que o enfermeiro tem o dever de analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude, manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, garantir a qualidade e assegurar a continuidade dos cuidados das atividades que delegar, assumindo a responsabilidade dos mesmos.

Diz-nos ainda o REPE que o enfermeiro procede à administração da terapêutica prescrita, detetando os seus efeitos e atuando em conformidade, devendo em situações de

emergência, agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detém, tendo como finalidade a manutenção das funções vitais.

Assim, à luz do CDE e REPE, poderá interpretar-se a situação descrita como uma delegação do enfermeiro da Nefrologia ao enfermeiro da UCIP, pela qual assume a responsabilidade última. Porém, o mesmo código fala ainda da coresponsabilização em tempo útil pela implementação de tratamentos. Quando não é capaz de responder as exigências, o enfermeiro deve solicitar o apoio de outro profissional mais qualificado. Em situações de emergência, o enfermeiro é apenas “obrigado” a agir conforme os seus conhecimentos (REPE).

Embora pareça correto que seja o enfermeiro da UCIP a efetuar e gerir a prescrição da diálise, nenhum aspeto do código deontológico ou do REPE invalida a situação, dado que se procede com os princípios lá inscritos. Os profissionais mais competentes serão os da unidade de diálise, sendo os responsáveis pela execução da técnica. Todavia, havendo preparação rigorosa e contínua dos enfermeiros da UCIP, os mesmos poderiam ser equiparados e assumir a total e consciente responsabilidade pela prescrição de técnicas dialíticas.

2.3.5 Competências Comuns: Domínio da Melhoria da Qualidade

Este domínio contempla as seguintes competências incluídas no regulamento 122/2011 da OR: o enfermeiro especialista desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégias institucionais na área da governação clínica, concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade e, por fim, cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.

Do enfermeiro especialista, espera-se iniciativa para projetos que evidenciem a qualidade dos cuidados prestados e induzam a reflexão sobre o exercício profissional dos enfermeiros. Um documento de referência neste sentido será o “Regulamento Padrões de Qualidade dos Cuidados de Especializados em Pessoa em Situação Crítica”, transcritas no regulamento 361/2015 da OE, que não são mais do que parâmetros norteadores para a prática especializada. Nele, o enfermeiro especialista poderá consultar enunciados descritivos, concretamente a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e autocuidado, a readaptação funcional, a organização dos cuidados especializados e a prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados.

Qualidade diz respeito ao atributo que torna as coisas ou as pessoas distinguíveis entre si, determina a natureza das coisas, permitindo a avaliação, aprovação, aceitação ou a

recusa de um bem ou serviço (Rodrigues, Carâp, Warrak & Rezende, 2011). Estes autores acrescentam que o conceito de qualidade é subjetivo, o que significa que é influenciado pelos contextos culturais.

A OE (2012) diz-nos que a implementação de sistemas de qualidade é uma necessidade prioritária e reconhecida por instituições internacionais como OMS e o ICN. Segundo a OE (2012), a qualidade em saúde é uma tarefa multiprofissional, abrangendo todos os enfermeiros que prestem cuidados em território português.

É ainda interessante reparar que a OE (2012) define separadamente o seu papel institucional e das instituições de saúde quanto à qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Da primeira espera-se “zelar pela observância dos padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem (...) promover o exercício profissional da Enfermagem a nível dos mais elevados padrões de qualidade” (OE, 2012, p.4). Das instituições espera-se que adequem os recursos e criem as estruturas por forma a obter-se um “ambiente favorecedor do desenvolvimento profissional dos enfermeiros” (OE, 2012, p.5).

Apesar de assistirmos a um cenário económico cada vez mais complexo, têm-se registado, nas últimas décadas, um investimento crescente em Portugal, por parte das instituições de saúde, em referenciais de gestão da qualidade e que exigem um esforço significativo em termos financeiro e organizacional (Costa, 2015).

A DGS é a autoridade de saúde do governo português, emanada a partir do Ministério da Saúde. Entretanto, foi criado o Departamento da Qualidade em Saúde (DQS) e, atualmente, encontra-se em vigor a Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde 2015-2020, cuja principal missão é potenciar e reconhecer a qualidade e segurança da prestação de cuidados de saúde, por forma a garantir os direitos dos cidadãos no acesso ao seu sistema de saúde. Estas trâmites encontram-se descritos no despacho 5613/2015, do Ministério da Saúde.

Da Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde, consta a definição de algumas prioridades, nomeadamente a melhoria da qualidade clínica e organizacional, o aumento da adesão a normas de orientação clínica, o reforço da segurança das pessoas doentes, monitorização permanente da qualidade e segurança, reconhecimento da qualidade das unidades de saúde e informação transparente ao cidadão e aumento da sua capacitação.

O modelo escolhido para a acreditação das instituições do Serviço Nacional de Saúde é o modelo da *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía* (ACSA).

Entre as três unidades de saúde em que decorreram os estágios, apenas o HNM encontra-se já a desenvolver ações para a acreditação segundo o modelo ACSA. As outras

duas unidades de saúde têm a sua última certificação conforme o modelo CHKS (Healthcare Intelligence and Quality Improvement Service).

De realçar que qualquer um dos hospitais referenciados tem um Departamento de Qualidade, do qual faz parte enfermeiros supervisores, graduados e especialistas. Está é, efetivamente, uma área sensível à intervenção do enfermeiro especialista pelas competências que lhe são reconhecidas para a participação em projetos institucionais dirigidos.

O enfermeiro especialista aplica os processos de qualidade em que está envolvido aos cuidados de Enfermagem da prática, numa perspetiva de melhoria contínua e a partir de indicadores, cria instrumentos de avaliação de resultados. Realiza ainda auditorias clínicas, identificando oportunidades de melhoria, prioridades e estratégias para tal, conforme nos indica a OE na definição das competências comuns.

O ciclo da melhoria contínua, que pode ser utilizado pelo enfermeiro especialista, é um processo contínuo e que nunca retorna ao ponto de partida (Alves, 2016). É constituído por várias etapas, nomeadamente identificação, priorização, medição, análise, implementação, monitorização e avaliação. Poderá fazer-se aqui uma correspondência ao ciclo do Plan Do Check Action, muito utilizado no campo da gestão /administração.

Nos três contextos de estágios, assisti e colaborei na implementação de várias estratégias, pelos enfermeiros especialistas, para controlo da qualidade através da realização de auditorias clínicas aos registos de Enfermagem, controlo e prevenção da infeção, prevenção de erros terapêuticos e triagem de pessoas doentes urgentes/emergentes. A preocupação por estes indicadores vai ao encontro da Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde, da DGS.

Destaca-se ainda a preocupação com a melhoria dos cuidados prestados, nomeadamente a implementação de estratégias para a uniformização de procedimentos relacionados com execução da prescrição de TSFR. Neste âmbito, detetou-se a necessidade de criação de um instrumento de consulta no âmbito do estágio na UCIP do HSA. A sua finalidade foi a de constituir um documento de consulta para uniformizar atitudes dos enfermeiros da UCIP, em relação às TSFR realizadas na unidade, nomeadamente no que se refere à resolução de problemas relacionados com a manutenção da técnica e antecipação de complicações. Estas atitudes são formas de colaboração com os colegas da unidade de diálise, no sentido viabilizar ao máximo todas as técnicas realizadas. Isto para garantir o máximo tempo efetivo de tratamento, reduzir o gasto de material, reduzir o custo em recursos humanos e reduzir as perdas sanguíneas.

Todo o documento teve subjacente o modelo de colaboração entre o a UCIP e o serviço de diálise/Nefrologia, do HSA, disponibilizado pelo enfermeiro responsável. Foi, depois de pronto, submetido a avaliação do enfermeiro responsável pela unidade de diálise e pelo EEEMC da UCIP que orientou o estágio. Após ter realizado alguns ajustes, enviei o documento para ser colocado à disposição dos enfermeiros da UCIP. O mesmo encontra-se em apêndice (A).

O enfermeiro especialista não fica alheio à problemática que se vive atualmente, num paradoxo definido entre a crise económica e a mobilização dos (poucos) recursos em torno da manutenção da qualidade do serviço de Enfermagem. Aliás, senti bem esta realidade em cada contexto clínico e o progressivo desinteresse dos profissionais neste campo, alegando sempre a escassez de recursos (humanos e materiais) e a debilidade progressiva do sistema de saúde e dos seus valores.

Alves (2016) interroga-se do porquê em falar de qualidade num contexto atual com escassez de recursos, insatisfação dos profissionais e impossibilidade do pleno atendimento das necessidades da população. A solução é dada através da vontade em mudar e resolver a inércia dos ambientes de trabalho, apoiada na ideia de que a qualidade traz ganhos em termos de produtividade, melhora o desempenho da equipa e a organização do trabalho, previne a mortalidade e outros eventos adversos, rentabiliza recursos, entre outros (Alves, 2016). Este autor explica a pouca fé dos profissionais nos processos de acreditação da qualidade devido à resistência à mudança que caracteriza o Ser Humano acomodado. Muitas pessoas admitem a baixa qualidade dos serviços onde trabalham, mas muito poucos admitem a necessidade de melhorar ou atribuem esta responsabilidade a terceiros.

São nestes cenários mais cinzentos, que o enfermeiro especialista deve marcar pela diferença e selecionar os aspetos mais positivos e fazê-los sobressair na equipa onde se insere, sendo, sobretudo, um agente impulsionador de mudança. Concorro com Alves (2016) quando este defende que é imprescindível que os profissionais tomem consciência das amarras que impedem as mudanças e se tornem Seres conscientes do seu papel ativo em todo o processo.

Uma competência de particular destaque do enfermeiro especialista está relacionada com a criação e manutenção de um ambiente terapêutico e seguro. E este ambiente é físico, psicossocial, cultural e espiritual.

Anteriormente, já se falou de como o enfermeiro especialista poderá proteger as pessoas doentes num contexto mais psicossocial, cultural e espiritual, respeitando os seus

direitos e protegendo-os de quaisquer constrangimentos relacionados com as suas ideologias e valores. É-lhe imputada a responsabilidade de garantir a sensibilidade, respeito pela identidade cultural e necessidades espirituais. Aqui, destaca-se uma situação particular em que colaborei na prestação de cuidados a uma pessoa de nacionalidade chinesa, incapaz de comunicar com a equipa de saúde, pelo que foi facilitado pelo EEEMC, na sala de emergência, a entrada do familiar por forma a garantir que a comunicação era eficaz e que não haveria barreiras culturais não esclarecidas.

Em termos espirituais, destaco a sensibilidade do enfermeiro especialista para disponibilizar serviços de apoio religioso conforme o pedido de familiares, na fase final da vida.

Passando agora às questões de segurança relacionadas com os riscos clínicos, fala-se agora das diretrizes da DGS para a segurança das pessoas doentes, que estão expostas no Plano Nacional para a Segurança das Pessoas Doentes 2015-2020 (Despacho n.º 1400-A/2015) e que foi realizado com base nas recomendações do Conselho da União Europeia para a segurança das pessoas doentes:

o Plano Nacional para a Segurança das Pessoas Doentes constitui-se como um instrumento de apoio a gestores e clínicos na aplicação de boas práticas de segurança. Cada unidade prestadora de cuidados de saúde deverá assegurar a implementação e acompanhamento das ações identificadas e o cumprimento dos calendários estabelecidos, confirmando a boa gestão dos recursos envolvidos. O Plano visa melhorar a prestação de cuidados de saúde em todos os níveis, de forma integrada e num processo de melhoria contínua da qualidade do SNS. A segurança é considerada um dos elementos fundamentais da qualidade em saúde, permitindo aferir a confiança dos cidadãos no sistema de saúde e, em particular, no SNS (p.13551-13552).

Este plano apresenta-se com vários objetivos estratégicos, entre os quais destaca-se: aumentar a segurança na utilização da medicação, assegurar a identificação inequívoca das pessoas doentes, prevenir a ocorrência de quedas e as úlceras de pressão, assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes e, por fim, a prevenção e controlo das infeções e resistências aos antimicrobianos.

A National Patient Safety Foundation (2015), no seu relatório acerca da segurança das pessoas doentes – “Free From Harm” – acredita que a consciencialização dos erros nos cuidados de saúde melhorou muito, no entanto, há ainda muitos danos evitáveis por parte dos sistemas de saúde e obter uma verdadeira segurança continua a ser uma jornada. Classificam este problema como um problema de saúde pública e acrescentam que poderá

ser impossível eliminar todos os danos, uma vez que haverá sempre novas tecnologias novos tratamentos e, logo, novos riscos.

A organização referida no parágrafo anterior nomeia oito recomendações para se conseguir uma cultura de segurança eficaz: garantir que os líderes estabelecem e mantenham uma cultura de segurança, existência de supervisão que seja centrada e coordenada na segurança da pessoa, criação de instrumentos para mensurar as medidas de segurança que sejam significativas, aumentar o financiamento em pesquisa para a segurança do pessoa, abordar a segurança em toda a extensão da equipa envolvida em cuidados de saúde, apoiar os profissionais de saúde diretamente envolvidos na prestação de cuidados, envolver os pessoas doentes e famílias por forma a promover cuidados mais seguros e, por fim, garantir que os meios tecnológicos utilizados sejam seguros e adequados à segurança da pessoa (National Patient Safety Foundation, 2015).

Ao longo dos três estágios, colaborei com os profissionais em alguns dos projetos da prática de cuidados, destinados a garantir um ambiente seguro, entre as medidas para prevenção de quedas, úlceras por pressão, acidentes/incidentes/adventos adversos relacionados com dispositivos médicos, prevenção de erros de medicação, segurança nas transfusões de componentes sanguíneas e alertas para alergias. Neste âmbito, senti que alarguei horizontes em termos de monitorização de indicadores relacionados com estes projetos. Estes indicadores deverão ser produzidos também através do registo de Enfermagem na avaliação inicial, formulação de diagnósticos, registo de intervenções e avaliação de resultados, o que fomentei em todas as pessoas a quem prestei cuidados; todavia, considerei o sistema de registos de Enfermagem de Portugal continental, como mais à frente explico, bastante limitativo neste aspeto, como aliás discuti com os enfermeiros especialistas locais que orientaram os estágios.

Salienta-se a segurança nas transfusões sanguíneas e alertas para alergias, atendendo a que encontrei diferentes modos de atuar, nos diferentes contextos dos estágios.

O Sistema Português de Hemovigilância faz parte do Instituto Português de Sangue e Transplantação (IPST), entidade que regulamenta a segurança transfusional nas instituições de saúde portuguesas. Cada uma destas instituições responsabiliza-se por adequar o seu próprio sistema de prestação de cuidados por forma a garantir as diretrizes.

Em 2015, foram notificadas 21 situações de quase erro e 36 erros. Dos quase erros, 10 tiveram origem humana e estiveram relacionados com a recolha de sangue total. Dos erros, 24 tiveram também origem humana, a maior parte relacionados com a distribuição do sangue (IPST, 2015).

Por ser mais complexo, mas também mais seguro, destaco o sistema de segurança nas transfusões sanguíneas da UCIP do HSJ através do sistema “Gricode®”. Este é um sistema informático de hemovigilância com alto grau de segurança e eficiência. Trabalha com código de barras e o processo é iniciado quando é pedido a tipagem da pessoa. Nessa altura, é atribuído um código à pessoa doente e, depois, ao componente sanguíneo que é testado para ela. Quando este chega à enfermaria, ambos os códigos (o da pulseira e o do saco do componente sanguíneos) são inseridos no software informático e garantida, desta forma, a compatibilidade. No final da transfusão, é também exigido um procedimento informático que indique o fim e a existência, ou não, de complicações.

Já no HSA, o sistema de segurança das transfusões sanguíneas é manual, sendo utilizadas pulseiras com um código de identificação comum ao saco com o componente a transfundir. É um método menos tecnológico que o anterior, mas que, executando o algoritmo corretamente, é também fiável e seguro.

No HNM, o sistema de segurança segue um algoritmo específico e é também manual, exigindo uma grande atenção por parte do enfermeiro responsável aquando da confirmação dos dados de compatibilidade. O procedimento de segurança encontra-se descrito por etapas que terão que ser cumpridas por dois enfermeiros. Recorre-se ao processo clínico da pessoa doente para confirmar o grupo sanguíneo.

Realça-se que os três métodos podem ser falíveis, pelo que os enfermeiros terão de estar despidos para detetar qualquer inconformidade que coloque em risco a segurança da pessoa doente. Cabe ao enfermeiro especialista aprofundar o manual das transfusões sanguíneas em vigor, funcionando como uma pessoa de referência por forma a garantir a execução dos procedimentos, esclarecendo dúvidas, contactando o serviço de Imunohemoterapia para esclarecer dúvidas e sensibilizar a equipa.

Em relação à notificação de alergias, os dois hospitais do continente português que têm vindo a ser falados, possuem pulseiras com cor roxa que são colocados na pessoa doente por forma a chamar a atenção para algum tipo de alergias. É um método muito seguro, mas é necessário ter em conta que, a não existência da pulseira, terá que ser sempre confirmada com a consulta do processo clínico para excluir qualquer dúvida.

Já no HNM, ainda não existe nenhum método específico de sinalização de alergias, a não ser com a consulta do processo clínico da pessoa doente. Todavia, considera-se pertinente a existência de um método deste género para garantir a segurança das pessoas doentes, situação que deverá ser privilegiada pelo enfermeiro especialista em

qualquer contexto de atuação. Este garante que essa informação conste ainda na avaliação inicial de Enfermagem.

O enfermeiro especialista preocupa-se em criar e monitorizar indicadores sensíveis aos cuidados de Enfermagem, como a taxa de erros de medicação, taxa de incidentes, eventos adversos e acidentes, taxa de cumprimentos das medidas preventivas de infecção associada à entubação endotraqueal, incidência de quedas, efetividade diagnóstica na prevenção de quedas, incidência/prevalência de úlceras de pressão, taxa de incidentes relacionados com dispositivos médicos, entre outros, tais como expostos no despacho n.º 1400-A/2015, do Ministério da Saúde (DQS).

Preocupei-me em conhecer os trabalhos resultantes da monitorização de indicadores, principalmente ao nível das ações de melhoria, por forma a adequar a minha prática a cada local de estágio. Porém, constatei que os trabalhos mais recentes tinham já mais de dois anos. Esta situação deve-se, em grande parte, à grande escassez de recursos humanos que afetam os locais por onde passei, acabando-se por priorizar a prestação de cuidados diretos ao invés de trabalhar os dados resultantes dessa prestação. Porém, é imperativo que alguém volte a tomar as rédeas dos projetos e conduzi-los para a produção de indicadores que melhoram a qualidade dos cuidados. O enfermeiro especialista deverá tomar o papel de sensibilizador dos enfermeiros com funções de gestão assumidas para esta problemática e esclarecer que a qualidade dos cuidados não poderá, nunca, sair prejudicada.

Atualmente, a maioria das unidades de saúde possuem um sistema de notificação de incidentes/adventos adversos online. Ao longo dos estágios, deparei-me com renitências na notificação ligada a incidentes relacionados com a exteriorização de dispositivos médicos, quase sempre associadas ao mito da culpa, ou seja, com o receio por parte do enfermeiro responsável, em ser julgado pelo que aconteceu com a pessoa a seu cuidado. Porém, acaba por aprender de alguma forma com o que aconteceu, tomado medidas protetoras, mas que não são partilhadas por todos os elementos da equipa. Desenvolvi esta consciência e que foi essencial para ficar sensibilizada para esta problemática.

Neste âmbito, a desmistificação do erro é urgente! Como refere Novaretti, Santos, Quitério e Daud-Gaullotti (2014), a ocorrência daqueles deverá ser atribuído a falhas num sistema complexo que envolve conceções técnicas e organizacionais, ao invés de serem apenas o resultado de um erro humano (profissional). Acrescentam que os erros são vulnerabilidades no sistema. Estes autores desenvolveram um estudo prospetivo de corte que procurou estabelecer uma relação entre a ocorrência de incidentes e eventos adversos

com a sobrecarga de trabalho (avaliado por um instrumento específico). É interessante saber que, efetivamente, encontraram uma relação estatisticamente significativa entre a ocorrências de eventos com a maior a sobrecarga de trabalho que, por sua vez, aumentou o número de dias de internamento e o risco de morte.

Será ainda importante divulgar o sistema nacional de notificação da DGS – *Notifica*-acessível online a qualquer profissional de saúde e cidadão. Este sistema, que se encontra mais divulgado em Portugal continental, surgiu da necessidade em criar uma prática sistemática em identificar incidentes, a partir do reconhecimento que este é um pilar que sustenta o atual paradigma da segurança do doente (DGS, s.d.). O principal objetivo deste sistema é o aumento da segurança da pessoa doente através da aprendizagem contínua.

É muito importante que o enfermeiro especialista conheça o sistema de notificação de incidentes/acidentes e eventos adversos do seu local de trabalho, para ser uma referência quando é necessário prosseguir com o seu preenchimento. É necessário ainda assumir um papel de agente de mudança e sensibilização para essa mesma notificação, uma vez que as mesmas encontram-se envoltas em mitos e receios.

Realça-se que o enfermeiro especialista deverá consultar os dados mais recentes acerca da notificação de incidentes/acidentes e eventos adversos e divulgá-los junto da equipa. Por exemplo, no segundo trimestre de 2016, 30% das notificações dos profissionais de saúde foram relacionadas com acidentes do doente, 17% relacionados com recursos e gestão organizacional e 11% com medicação/fluidos endovenoso (DGS, 2016).

2.3.6 Competências Comuns: Domínio da Gestão dos Cuidados

No que diz respeito a este domínio, as competências do enfermeiro especialista são: gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de Enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional; adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.

No âmbito da gestão dos cuidados, colaborei, por várias vezes, nas decisões em equipa multiprofissional. Como ferramenta de trabalho, utilizou-se o processo de Enfermagem. Considero que o enfermeiro especialista detém uma visão mais abrangente, mobilizando informação relevante para o processo de Enfermagem por forma a elaborar o diagnóstico mais adequado e, consequentemente, intervenções mais certeiras. Relembra ainda à equipa de forma pontual e pertinente, o facto do processo de Enfermagem se realizar continuamente e valoriza os registos disso mesmo.

Ainda acerca do âmbito de intervenção do enfermeiro especialista, este preocupa-se em melhorar a informação para o processo de cuidar, os diagnósticos, a variedade de soluções eficazes que podem ser prescritas e avaliação do processo de cuidar.

Remetendo-me ao estágio I, no SU do HNM, apercebi-me que os registos de Enfermagem são um pouco esquecidos face ao grande volume de trabalho envolvente. Muito do trabalho realizado não fica registado, acabando por não haver informação acerca das múltiplas e complexas intervenções do enfermeiro. Muitas das vezes, são intervenções decisivas para o correto encaminhamento da pessoa doente e para um tratamento mais apropriado. Isto vai de encontro ao estudo recente desenvolvido por Alves (2015) acerca dos registos de Enfermagem em urgência, que concluiu que os mesmos são mais elaborados em zonas de salas de observação, os diagnósticos de Enfermagem dirigidos para a “função” e as intervenções dirigidas para a vigilância e prevenção de complicações. Segundo a mesma, os cuidados de Enfermagem em contexto de urgência não se tornam visíveis, nem as intervenções na ordem do informar e atender. Os fatores que contribuem para tal é a pouca motivação, a falta de tempo, o reduzido tempo de contacto com a pessoa doente e o próprio sistema informático. Como aspeto positivo, a autora nomeia a linguagem classificada para a prática de Enfermagem (CIPE). Para contornar esta situação, Alves (2015) sugere momentos de reflexão acerca da prática.

A OE (2007) diz-nos que a informação de Enfermagem é importante para a governação da saúde; não apenas para regular princípios de natureza ético-legal, mas também para as decisões clínicas, continuidade dos cuidados e respetiva qualidade, investigação, gestão, formação e processos de tomada de decisão. Porém, “verifica-se que a visibilidade dos cuidados de Enfermagem nas estatísticas, nos indicadores e nos relatórios oficiais de saúde, é de algum modo, incipiente” (OE, 2007, p.1). Esta reflexão da OE surge na sequência da introdução de sistemas informatizados de informação em Enfermagem, atualmente totalmente implementado em todas as unidades de saúde. Apesar do artigo já contar com alguns anos, apercebi-me que os mesmos registos ainda carecem de muita informação acerca trabalho do enfermeiro. Por isso, acredito que o enfermeiro especialista deverá adotar um papel motivador para este trabalho, sendo também um exemplo para a equipa e utilizar a informação que se pode retirar dos registos efetuados (indicadores de ganhos em saúde, prevenção de quedas, por exemplo) para motivar a equipa através de uma visualização dos resultados positivos do seu trabalho.

Os outros dois estágios decorreram, como já tenho vindo a referir, fora da região, tendo tido a oportunidade de trabalhar com sistemas de informação em Enfermagem

diferentes. Nos hospitais do continente português, o sistema informático a ser utilizado denomina-se de SClínico® e inclui uma variedade de instrumentos à prática clínica, nomeadamente o Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE®). Este sistema, criado pelo Enf.º Abel Paiva na sua tese de doutoramento em 2006, encontra-se estruturado de acordo com a linguagem CIPE e a metodologia é o processo de Enfermagem.

Utilizei o SAPE® para planear cuidados, registá-los e avaliá-los. Porém, encontrei algumas dificuldades na adequação ao próprio sistema, pois considero-o complexo e pouco intuitivo, em termos de software informático.

Quero ainda referenciar que deparei-me com um contraste; embora a intervenção do enfermeiro fosse muito vasta e com muitos focos de atenção, os registos ficavam muito aquém disso. Por exemplo, para o estudo de caso, precisou-se consultar a evolução da intervenção com a família da pessoa em situação crítica, mas não encontrei registos neste âmbito. Sendo uma área de intervenção autónoma do enfermeiro, é ainda pouco valorizada e pouco contemplada nos registos de Enfermagem.

Estes aspetos foram discutidos com o EEEMC dos locais de estágio e a principal barreira à melhoria é a pouca flexibilidade do sistema e a sobrecarga de trabalho.

Esta experiência empírica vai ao encontro dos resultados obtidos por Silvestre (2012) no seu trabalho de investigação exploratório-descritivo, acerca dos registos de Enfermagem na aplicação SAPE®. Embora não tenha sido desenvolvido em exclusivo em cuidados intensivos, os resultados indicam que os registos de Enfermagem são auto-limitativos: os diagnósticos de Enfermagem são escassos, quase sempre os mesmos, incidentes maioritariamente e apenas nos autocuidados, sem avaliação do resultado. Não foram encontrados planeamentos de cuidados em relação ao prestador de cuidados, nem dirigidos aos ensinamentos efetuados. Como diz Silvestre (2012), não poderão os registos traduzir a qualidade dos cuidados de Enfermagem se não correspondem à informação detida pelos enfermeiros.

Acredito que o enfermeiro especialista poderá ter um papel mais interventivo neste campo, sensibilizando e trabalhando para mudar mentalidades.

Quando falamos de gestão, pensamos logo no *background* da prestação de cuidados, em gabinetes, papéis, horários, mas na realidade o enfermeiro gere, primeiro, os cuidados propriamente ditos, na linha da frente. E começa logo que recebe o turno do colega e planeia mentalmente, os cuidados para o turno por níveis de prioridade. Em muito me ajudou esta passagem pelos três estágios em termos de estabelecimento de prioridades, principalmente no SU, onde várias necessidades amontam-se ao mesmo tempo.

Também aumentei a autossensibilização para a gestão de recursos materiais em termos de rentabilizá-los de forma ponderada, eficiente e providente. Neste âmbito, destaco a colaboração com o EEEMC na gestão de material da sala de emergência do HSA por forma a antecipar cuidados seguros, através do preenchimento de uma *checklist* criada para o efeito.

Deparei-me, como já referenciei na contextualização dos estágios, com realidades complexas em termos de escassez de recursos humanos para cobrirem as necessidades de cuidados de Enfermagem. Senti ambientes de tensão entre os enfermeiros e as chefias devido à sobrecarga de trabalho e sobreposição de turnos. Reconheço, também, que os enfermeiros chefes não têm a vida facilitada devido às restrições económicas de um país no rescaldo de uma crise e, como tal, sentem que não podem fazer melhor. Acima de tudo, senti amor à camisola por parte dos enfermeiros da prestação de cuidados diretos, uma vez que, apesar de todas estas contrariedades, continuam a apostar em cuidados de qualidade e utilizam as ferramentas ao seu dispor, para contrariar faltas, ser criativos e fazer o melhor que podem pela máxima recuperação das pessoas que cuidam. É, de facto, admirável!

Como nos explica Ascensão (2010), o aumento da carga de trabalho acontece devido à não substituição imediata dos profissionais que seguem para a reforma ou daqueles que encontram-se com incapacidade temporária para o trabalho, além da diminuição do número enfermeiros pelas instituições, secundária à crise económica, acabando por pedirem horas extraordinárias ou criam banco de horas.

Em qualquer dos estágios, deparei-me com métodos de trabalho diferentes para organização do trabalho dos enfermeiros, essencial às boas práticas e qualidade dos cuidados. A classificação de que falo em seguida já tem alguns anos e as referências mais recentes que encontrei são de Frederico e Leitão (1999) e Parreira (2005).

Para Parreira (2005), o método de trabalho adotado por uma unidade de saúde ou instituição, espelha a filosofia e a conceção do cuidar dela própria. Para Frederico e Leitão (1999), as vantagens de um método de trabalho residem no facto de tornarem o trabalho dos enfermeiros mais fácil e seguro, rentabiliza o tempo e recursos, bem como melhora a qualidade dos cuidados prestados.

O método individual, utilizado na UCIP do HSA, consiste na distribuição de certas pessoas doentes por cada enfermeiro, sendo este o responsável por todos os cuidados durante a sua jornada de trabalho e tem a conta a dependência dos mesmos (Frederico & Leitão, 1999). As vantagens da utilização deste método são a individualização dos cuidados, a visão holística e integral, favorece a continuidade dos cuidados e aumenta a

responsabilidade e a capacidade de decisão. Por outro lado, as limitações são ao nível da possibilidade de existir assimetria nos cuidados devido às diferenças de competências e conhecimentos entre os vários elementos (Parreira, 2005).

No SU, o método de trabalho utilizado é também o método individual, mas adaptado, uma vez que a distribuição dos enfermeiros é feita por posto de trabalho, assumindo o enfermeiro a prestação de cuidados integrais às pessoas doentes naquele local.

O método primário ou responsável é utilizado na UUM e consiste na atribuição das mesmas pessoas doentes, aos mesmos enfermeiros durante o internamento, sendo um deles o responsável pelo planeamento dos cuidados, desde a admissão à alta e outros enfermeiros associados a colaboração, quando o mesmo não se encontra de serviço (Frederico & Leitão, 1999). Este é um método que potencia muita personalização dos cuidados, favorece a autonomia ao enfermeiro e ensinos à pessoa doente, no entanto, exige maior dotação de pessoal (Parreira, 2005).

Considero que, tendo em conta a qualidade dos cuidados preconizada no paradigma atual, o método de trabalho que mais se adequa será o método primário.

Em cada local de estágio, havia um enfermeiro responsável pela gestão do turno e, normalmente, era o enfermeiro especialista (não necessariamente em EEEMC), ou então era o elemento mais antigo e, portanto, perito. Apercebi-me que este era responsável pela gestão dos enfermeiros no turno em relação à atribuição de pessoas doentes, pela distribuição de trabalho dos assistentes operacionais, pela gestão de recursos materiais e outros aspetos inerentes. Também colaboravam na prestação de cuidados mais complexos e substituíam o enfermeiro responsável na sua ausência por acompanhamento de pessoas doentes ao exterior, por exemplo.

Intimamente relacionada com a gestão de recursos humanos e métodos de trabalho, surgem as atuais e tão faladas *Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*, principalmente após a publicação do regulamento da OE, em 2014.

O ICN publicou, em 2006, um documento de referência intitulado “Dotações seguras salvam vidas”. Esta entidade refere-se às dotações seguras como sendo a disponibilidade “a todas as alturas de uma quantidade adequada de pessoal com uma combinação adequada de níveis de competência, no sentido de assegurar a ida ao encontro das necessidades dos utentes e a manutenção das condições de trabalho isentas de risco” (ICN, 2006). Traduzem a sustentação da qualidade dos cuidados prestados, da atividade profissional de quem dizem respeito e dos resultados organizacionais.

Foi recentemente publicado no nosso país, o regulamento que informa da norma para o cálculo das dotações seguras dos cuidados de Enfermagem (regulamento nº 533/de 2 dezembro de 2014), constituindo um instrumento de referência nos diferentes contextos da prestação de cuidados de saúde. No início desse regulamento pode ler-se:

a dotação adequada de enfermeiros, o nível de qualificação e perfil de competências dos mesmos, são aspetos fundamentais para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde para a população alvo e para as organizações, devendo, para isso, serem utilizadas metodologias e critérios que permitam uma adequação dos recursos humanos às reais necessidades de cuidados da população (p.30247).

O cálculo das dotações seguras é, sobretudo, uma ferramenta primária para que o órgão regulador possa garantir a concretização do nº1 do artigo 3º, do Estatuto da OE - promover a defesa da qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados à população.

As fórmulas de cálculo para o número de enfermeiros necessários à prestação de cuidados seguros e de qualidade, variam consoante o contexto da prestação de cuidados e são utilizados indicadores como a taxa de ocupação, dias de internamento, atendimentos ou sessões, número de famílias/ utentes, horas de cuidados necessários em cuidados de Enfermagem, entre outros.

No contexto específico dos cuidados intensivos, a norma para o cálculo das dotações seguras dos cuidados de Enfermagem prevê que o ratio enfermeiro/utente numa UCI de nível três deverá ser de 1-1, baseando-se na recomendação da Sociedade Europeia de Cuidados Intensivos. No entanto, sabe-se que tal nem sempre acontece e vê-se ratios de 1-2, isto porque o número de camas aumentou em desproporção ao aumento do número de enfermeiros por turno, ou para o mesmo número de camas, o número de enfermeiros diminui em virtude do aumento das exigências em cuidados de saúde e gestão de recursos, respetivamente. Esta realidade de que falo, encontrei nos dois estágios em cuidados intensivos.

Para avaliar a carga de trabalho de Enfermagem, há várias ferramentas de trabalho, porém, apenas na UUM as utilizam. Na UCIP do HSA, não são, portanto, utilizadas.

Na UUM, os enfermeiros responsáveis de equipa utilizam três instrumentos para avaliar a carga de trabalho, que são preenchidos no turno da noite, nomeadamente o Therapeutic Intervention Scoring System 28 (TISS), o Nursing Activities Score (NAS) e o Nine Equivalents of Nursing Manpower Use score (NEMS). O NAS surge a partir do TISS-28 como forma de torna-lo mais representativo das atividades de Enfermagem (Severino, Saiote, Martinez, Deodato e Nunes, 2010), uma vez que tem mais em

consideração as atividades terapêuticas biomédicas. Estes autores enaltecem a importância da avaliação da carga de trabalho em UCI, referindo Magalhães et al. (2009), que diz que a inadequação de enfermeiros implica sobrecarga de trabalho e falhas na prestação de cuidados, aumentando a mortalidade provável em pessoas doentes do foro cirúrgico, bem como aumenta a probabilidade de insatisfação dos enfermeiros e o risco de *burnout*.

Assim, a utilidade da avaliação da carga de trabalho em UCI é de extrema importância e todas as unidades deveriam utilizá-la, atendendo à complexidade, gravidade e custos elevados associados, que justificam a carga de trabalho dos enfermeiros (Severino et al., 2010). Estes autores acrescentam ainda que, os benefícios da carga de trabalho de Enfermagem adequada, espelha-se na qualidade dos cuidados, na satisfação pessoal dos enfermeiros e na redução dos custos.

Mas será esta perspetiva utópica? Acredito que sim, enquanto as pessoas à frente das instituições e do país não se convencerem de que só assim consegue-se garantir produtividade, qualidade dos cuidados e, de forma mais abrangente, os ganhos em saúde. Não seriam assim reduzidos os custos na saúde a longo prazo?

Noutra perspetiva, a carga de trabalho numa UCI poderá não estar a ser corretamente medida. Ascensão (2010), no seu estudo de investigação que abarcou o TISS e o Sistema de Classificação de Doentes da ACSS, concluiu que há sobrecarga de trabalho de Enfermagem, atendendo a que as horas de cuidados necessárias são superiores as que são prestadas. Além disso, foram identificadas mais necessidades de cuidados de Enfermagem do que cuidados efetivamente prestados, o que explica pela ausência de registos de execução próprios. Então, os enfermeiros atendem às necessidades das pessoas doentes que cuidam, no entanto, deixam os registos para mais tarde, causando o que a autora chama de um retrato infiel da prática de Enfermagem.

A utilização de métodos de avaliação de carga de trabalho promove, para Ascensão (2010) a autonomia da profissão pois emite a realidade das instituições, visível aos gestores.

Em termos de delegação de tarefas, os enfermeiros trabalham em colaboração estreita com outros profissionais. Só poderão delegar tarefas a profissionais que deles dependem em termos funcionais (REPE). A responsabilidade da tarefa que delega é sempre sua (artigo 100º do CDE), devendo, por isso, orientar e supervisionar a sua realização, bem como criar instrumentos que ajudem no cumprimento das tarefas delegadas. Por exemplo, o instrumento que criei no âmbito da colaboração dos enfermeiros da UCIP do HSA com o serviço de Nefrologia, surge um pouco nesta ótica da delegação

de tarefas, até como cheguei a refletir no capítulo das competências associadas à responsabilidade profissional.

Na UCIP do HSA, como já referi, não há avaliação da carga de trabalho. Questionado sobre esta ausência, o enfermeiro de referência explicou que deixou-se de as realizar uma vez que os resultados daí advindos não eram utilizados e a sobrecarga mantinha-se...

Posto isto, do enfermeiro especialista, espera-se que promova um ambiente positivo e favorável à prática.

Jesus, Roque e Amaral (2015), através do seu estudo de investigação sobre os ambientes da prática de Enfermagem em Portugal, concluíram que os ambientes da prática, na maioria dos hospitais portugueses, são desfavoráveis e tal deve-se, principalmente, à fraca adequação dos recursos humanos e materiais, pouca participação dos enfermeiros na governação hospitalar e liderança, gestão e suporte dos enfermeiros, também longe do espectável. Servem estes resultados para induzir uma reflexão acerca dos ambientes de trabalho, para os quais todos contribuímos e a partir dos quais, somos influenciados. Nem todos os enfermeiros especialistas serão enfermeiros chefes, mas com certeza que terão uma palavra a dizer perante condições que ponham em causa a qualidade dos cuidados pois, como referenciam Jesus, Roque e Amaral (2015), a evidência científica mais recente mostra que os ambiente favoráveis à prática de Enfermagem, trazem benefícios à qualidade dos cuidados, segurança dos utentes, bem-estar e saúde dos profissionais, produtividade e efetividade dos serviços, organizações e sistemas de saúde.

2.3.7 Competências Comuns: Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

Este é o último domínio das competências comuns do enfermeiro especialista e diz respeito ao desenvolvimento do autoconhecimento e assertividade, bem como ao facto de basear a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

O enfermeiro especialista deve ser uma referência em muitos aspetos da profissão. Espera-se que desenvolva também um caminho da autoconsciência e autoconhecimento para limar a sua intervenção, quer junto dos colegas, da equipa e das pessoas doentes. É um caminho longo e árduo e começa mesmo antes da especialidade; acredito que a especialidade em si, é uma fase de todo este processo.

Esta competência, mais do que as outras, nunca estará completamente desenvolvida e exige continuamente uma procura pela assertividade na intervenção. Como

tal, é marcadamente difícil comprovar o desenvolvimento de competências neste âmbito, a não ser pelo desenrolar deste relatório em si. Importante é chegar ao final de um turno e ser capaz de refletir naquilo que se fez bem e no que se podia fazer melhor. É reconhecer os seus limites como pessoa e profissional (podemos separar?). O hábito em fazer uma introspeção no final de cada turno é um importante motor de desenvolvimento pessoal e profissional.

Dizem-nos ainda as competências neste domínio, que o enfermeiro especialista deve ser capaz de gerir sentimentos e emoções, atuar eficazmente sob pressão e reconhecer, antecipar e utilizar adequadamente técnicas de resolução de problemas. Estes são aspetos muito complexos da intervenção especializada e que exigem, por si só, autoformação dirigida.

Dentro deste domínio das aprendizagens profissionais, encontra-se uma competência do enfermeiro especialista que remete à formação e investigação, ou seja, ao motor da evolução de qualquer profissão com um corpo de conhecimentos científicos.

No estágio em urgência, predispôs-me, logo de início, a detetar possíveis oportunidades de formação (necessidades formativas), quer em contexto de trabalho, quer em dispositivos formativos mais formais. Neste sentido, detetou-se uma necessidade de formação relativa ao tema da sedação e analgesia na pessoa em situação crítica, pelo que propôs de imediato, uma ação de formação formal no serviço, tendo falado com o enfermeiro tutor e enfermeiro chefe do serviço, que aceitaram de imediato a ideia. E como a complexidade da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica exige uma atualização contínua do corpo de conhecimentos próprio dos enfermeiros, considerei pertinente a conjugação da formação acerca da sedação/analgesia com a avaliação da dor nestas pessoas doentes, utilizando uma escala desconhecida para a maior parte dos enfermeiros do SU – a escala comportamental da dor (BPS), que monitoriza a dor em pessoas sedadas e ventiladas, de que já atrás falei.

Como instrumento para apoio da prática, criei, na sequência da sessão formativa, uma ferramenta de consulta rápida da escala de sedação abordada e da escala comportamental da dor, que deixei no serviço. O feedback foi positivo por parte de todos os elementos acerca da utilidade da formação.

Em termos de investigação, o enfermeiro especialista, devido à formação que detém, é dinamizador da prática baseada na evidência, visando sempre a melhoria dos cuidados prestados. Deve permanecer atento às publicações na área da investigação por forma a divulgar novos conhecimentos que se adequem à sua área de prestação de

cuidados, divulgar esses resultados e sensibilizar para a mudança de comportamentos. Também é muito importante desenvolver trabalhos que respondam a necessidades reais da prática e, quando oportuno, trabalhos de investigação que enaltecem a profissão e lhes reconhece o carácter científico.

Infelizmente, nos tempos que correm, as lacunas na área da investigação em Enfermagem são muitas. Chicória (2013) publicou um trabalho de investigação em que dirige a sua preocupação para esta problemática, procurando perceber as concepções da prática baseada na evidência, assumindo existir um desfasamento entre a teoria e a prática. As conclusões principais estão organizadas em cinco vetores que nos dizem de que maneira os enfermeiros dão significado à prática baseada na evidência: “prática assertiva baseada no conhecimento experiencial, conhecimento em investigação empobrecido, colegas de trabalho enquanto principal recurso de informação, experiência profissional condicionante, insuficiência de tempo e/ou recursos humanos enquanto principais barreiras à implementação das evidências na prática” (Chicória, 2013, s.p.).

Também Pereira, Cardoso e Martins (2012) desenvolveram um estudo no sentido de identificar barreiras que limitem a utilização da prática baseada na evidência em contexto comunitário e descrever as atitudes em relação a isso. Os resultados indicam-nos que as barreiras à prática baseada na evidência são de índole pessoal, cultural, organizacional e científica, com predomínio da primeira. As atitudes foram positivas, destacando-se o interesse e convicção de que a prática baseada na evidência conduz a uma melhoria dos cuidados prestados e que será promotora de um maior desenvolvimento profissional.

Posto isto, cabe aos enfermeiros especialistas serem agentes de mudança e promotores da prática baseada na evidência, rompendo com estas barreiras. Acredito que, à medida que a comunidade de enfermeiros se for diferenciando, será cada vez maior a procura por trabalhos e resultados da investigação próprios e de outros.

Como forma de desenvolver competências desta natureza e no âmbito dos cuidados de Enfermagem à pessoa com TSFR, realizei uma pesquisa, durante o estágio III, utilizando a metodologia PI(C)O, para responder à seguinte questão: quais os cuidados de Enfermagem no doente com TSFR em cuidados intensivos? Para tal, utilizei os seguintes descritores das Ciências da Saúde (DeCS): “critical care nursing” e “renal replacement therapy”, com o operador booleano “and”. A pesquisa foi realizada nas seguintes bases de dados da EBSCO: CINAHL Complete, MedLine Complete, Cochrane Database of Systematic Reviews.

Os critérios de pesquisa foram artigos dos últimos dez anos, com texto completo e em pessoas doentes adultas. O resultado final foram cinco artigos que realmente interessavam-me pela temática do projeto de autoformação, na altura em curso.

Os cinco artigos retidos foram:

- Silva, G. L. D. F. & Thomé, E. G. R. (2009). *Complicações do procedimento hemodialítico em pacientes com insuficiência renal aguda*;
- Golestaneh, L., Richter, B. & Amato-Hayes, M. (2012). *Logistics of renal replacement therapy: relevant issues for critical care nurses*;
- Richardson, A. & Whatmore, J. (2014). *Nursing essential principles: continuous renal replacement therapy*;
- Sousa, M. R. G., Silva, A. E. B. C., Bezerra, A. L. Q., Freitas J. S. & Miasso, A. I. (2013). *Efeitos adversos em hemodiálise: relatos de profissionais de Enfermagem*;
- Rabindranath, K. S., Adams, J., MacLeod, A.M. & Muirhead, N. (2007). *Intermittent versus continuous renal replacement therapy for acute renal failure in adults*.

Por forma a organizar a minha pesquisa, propôs-me a categorizá-la e acabei por fazê-lo da seguinte forma: potenciais problemas decorrentes da TSFR, intervenções de Enfermagem com vista a preveni-los e intervenções de Enfermagem para resolvê-los, uma vez sucedidos. Depois, categorizei ainda os potenciais problemas decorrentes da TSFR em potenciais para a pessoa doente (clínicos) e os problemas mecânicos da técnica em si. Esta metodologia ajudou muito na aprendizagem e tornou já possível a formação que acabei por organizar na UCIP do HNM, logo após finalizar o respetivo estágio.

Mestre, no sentido lato, é uma pessoa que ensina, que domina muito bem a sua profissão. Esta é a definição do dicionário da língua portuguesa, tão simples, mas esclarecedora. Porém, quando se invoca o 2º ciclo de estudo do ensino superior, o grau de Mestre impele a características mais complexas e à construção de um perfil maduro, que vai mais além do saber fazer. É preciso saber ser e estar com os outros intervenientes em áreas idênticas a um nível avançado e servir como modelo no campo da investigação, na compreensão e resolução de novos problemas em diferentes e variados contextos, emitir juízos com a noção das implicações éticas e sociais que daí decorrem, abster-se de ambiguidades durante a comunicação de conclusões e/ou raciocínios e, muito importante, manter-se autónomo na procura de novas aprendizagens ao longo da vida.

Fazendo uma analogia entre as competências do enfermeiro especialista no domínio do desenvolvimento pessoal e aprendizagens profissionais, com as exigências do grau de Mestre na área de especialização, considero que chegou à altura para nomear

determinados aspetos que desenvolvi por forma a comprovar a aquisição dos requisitos para tal.

Ao longo do relato de competências, acredito que consegui demonstrar, de forma clara, objetiva e sem ambiguidades, que aprofundei e desenvolvi os conhecimentos técnico-científicos que trazia, não apenas do curso do 1º ciclo (licenciatura), mas principalmente os que acumulei ao longo da experiência profissional, na forma como escolhi e aprofundei algumas áreas de interesse, tais como o ECMO, gestão da temperatura alvo, TSFR, vias verdes e triagem em urgência hospitalar. Além disso, permiti-me ao desenvolvimento de mestrias ao nível da comunicação com o indivíduo e família/pessoa significativa, relação terapêutica, gestão de cuidados, tomada de decisão e pensamento crítico. Para tal, muni-me de evidência científica para justificar e fomentar a prática, expressa nos trabalhos de investigação que evoquei ao longo do relatório.

De entre várias situações complexas, consegui organizá-las, escutiná-las e descrever as soluções mais pertinentes, tais como a situação da informação à família por telefone ou o modelo de colaboração nas TSFR quando à responsabilidade partilhada dos enfermeiros dos dois serviços envolvidos. Para tal, utilizei documentos e entidades de referência, entre eles o CDE, REPE e legislação específica. Desta forma, lidei com questões complexas, desenvolvi soluções e emiti juízos, recorrendo a reflexões acerca de implicações e responsabilidades éticas e sociais.

Consegui, em todos os estágios, a participar em decisões em equipa multidisciplinar e multiprofissional.

Por fim e de forma pretensiosa, acumulei competências que serão muito úteis para a continuação do meu desenvolvimento profissional e pessoal ao longo da vida e de forma autónoma, na certeza que não terminará por aqui a vontade de conhecer, estar, fazer e ser melhor.

CONCLUSÃO

A especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica é uma área de formação muito complexa e vasta, que se enquadra em muitos contextos da prática dos cuidados. O enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, em particular na vertente da Enfermagem em pessoa em situação crítica, cuida de pessoas em situação crítica e suas famílias, em dimensões que ultrapassam a física.

Considero que consegui mobilizar conceitos da teoria de Meleis, munindo-me de ferramentas para ajudar a pessoa doente e sua família, a passarem por estas fases de transição – a ida ao SU, o internamento em cuidados intensivos e, em particular, na falência renal, que poderá deixar repercussões para o resto da vida. De facto, faz todo o sentido o papel do enfermeiro descrito por Meleis, no apoio aos indivíduos e famílias aquando duma mudança brusca nas suas rotinas, na tentativa de encontrar um novo equilíbrio. Este equilíbrio procura-se em vários aspetos, quer físicos (homeostasia, mesmo com perda crónica da função renal, por exemplo), psicológicos (como lidar com esta perda em termos de processos emocionais e de pensamento), sociais (ajustamentos devido às sessões de diálise semanais, por exemplo) e até culturais.

Ao longo da realização deste relatório de estágio, esforcei-me por transmitir aos leitores o paralelismo entre o percurso realizado e as competências desenvolvidas, bem como a problemática que escolhi e qual a sua importância no contexto real de uma unidade de cuidados intensivos. Destaquei e evidenciei a importância ímpar da intervenção do enfermeiro especialista na prevenção de riscos e deteção atempada de complicações associadas a qualquer protocolo terapêutico complexo, em particular nas técnicas de substituição da função renal.

Todas as análises críticas e reflexões foram ganhos competentes no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; o documento de apoio que produzi pretendeu melhorar a qualidade dos cuidados, mais especificamente porque procura garantir um ambiente terapêutico mais seguro; colaborei em ações que monitorizaram a qualidade dos cuidados; apercebi-me de aspetos relacionados com a gestão dos cuidados através da pesquisa e fundamentação científica. Todo este caminho percorrido assentou na prática baseada na evidência. Recorri a múltiplos artigos de investigação, remetentes a várias áreas, para fundamentar as minhas reflexões e cuidados de Enfermagem prioritários a cada foco de atenção.

Dediquei-me muito ao desenvolvimento e consolidação da competência específica - cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, mais especificamente através do desenvolvimento da capacidade da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica nos diferentes contextos, antecipação da instabilidade e risco, com especial atenção à pessoa com falência renal. Ainda trabalhei e ganhei destreza na gestão de protocolos terapêuticos complexos, nomeadamente nas técnicas de substituição da função renal.

Como profissional com visão holística, o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica não pode dissociar aspetos concomitantes da sua intervenção, como sejam a pessoa doente e a família, que reagem com emoções, sofrem, têm lamentos e angústias (...) ao risco de infeção que é transversal a todas as intervenções de Enfermagem que explorei.

Assim sendo, acredito que consegui atingir o objetivo deste relatório e descrever, com clareza e sem ambiguidades, o ganho de atributos competentes que permitem adquirir o título de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e respetivo grau de Mestre.

Todo este processo não deixou de ser um desafio que se estendeu por um ano e meio, desde a escolha difícil de um tema específico para explorar, à escolha dos locais para prática clínica, onde pudesse largar a âncora e ganhar competências específicas.

Porém, não só consegui atingir os meus objetivos, como superei-os e consegui já mobilizar todos os conhecimentos adquiridos para intervir a nível do meu local de trabalho, como prestadora de cuidados a pessoas sujeitas a técnica dialítica (contínua) e como elemento formador nesta área. As sessões de formação já decorreram e foi um sucesso pela elevada adesão dos colegas à convocatória (in)formal. A preparação desta formação exigiu a mobilização de vários conhecimentos e das competências adquiridas ao longo do meu percurso. Em 2017, serão repetidas as sessões de formação. É muito gratificante poder transmitir e mostrar aos outros o trabalho que desenvolvi e ser reconhecida por isso, motivando-me a continuar com o investimento.

Foi todo um percurso muito desafiante, com altos e baixos, antecipações e regressões, frustrações e alegrias. O resultado não estará certamente concluído, porque acrescentaria uma ou outra coisa, aqui ou acolá. Mas, na certeza que deixei o melhor de mim, para fugir dali, onde a sombra seduzia. E o melhor do melhor de mim está ainda para chegar! (adaptado da música “O melhor de mim” de Mariza).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, A., Duque, A., Paulino, C., Brito, J., Silvestre, J., Pereira, J.G., . . . Póvoa, P. (2011). Papel neuroprotetor da hipotermia terapêutica pós-paragem cardiorrespiratória. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 23 (4), 455-461. Consultado a 2 de fevereiro de 2017, disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v23n4/a10v23n4.pdf>
- Administração Central dos Sistemas de Saúde. (2015). *Recomendações técnicas para os serviços de urgência*. Lisboa: Autor.
- Administração Regional de Saúde do Norte. (2009). *Um ano de reflexão e mudança!* Consultado a 02 de junho de 2016, disponível em http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/510E8353-5A1D-4ED9-B598-55789811B7B2/0/Livro_CRDC.pdf
- Alves, A. P. L. (2012). *A comunicação com a pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva – perspectiva do enfermeiro*. (Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo). Consultada em http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1199/1/Ana_Alves.pdf
- Alves, E. A. V. (2016). O início do ciclo de melhoria contínua da qualidade em serviços de saúde. *Revista de Medicina e Saúde de Brasília*, 5 (2), 180-181. Consultado a 15 de janeiro de 2017, disponível em <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rmsbr/article/view/7385/4562>
- Alves, M. M. R. (2015). *Fim de vida em cuidados intensivos: a(s) prática(s) dos profissionais de saúde*. (Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo). Consultada em http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1453/1/Maria_Manuela_Alves.pdf

- Alves, T. M. C. (2015). *A pessoa em situação crítica em contexto de urgência: dos cuidados enfermagem prestados aos cuidados de enfermagem documentados*. (Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Escola Superior de Saúde, Viana do Castelo). Consultada em <http://repositorio.ipv.pt/handle/20.500.11960/1342>
- Ascensão, H. S. S. (2010). *Da qualidade dos cuidados de Enfermagem à satisfação das necessidades do utente*. (Dissertação de mestrado, Instituto de Ciências Médicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto). Consultada a <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26626/2/Helena%20Asceno%202010%20Dissertao%20de%20Mestrado%20em%20Cincias%20de%20Enfermagem%20%20Da%20qualidade%20dos%20cuidados%20%20satisfao%20das%20neces1.pdf?links=fals> e
- Batalha, L. M. C., Figueiredo, A. M., Marques, M. & Bizarro, V. (2013). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão portuguesa da escala Behavioral Pain Scale: Intubated Patient (BPS-IP/PT). *Revista Referência*, (9), 7-16, DOI: <https://dx.doi.org/10.12707/RIII12108>.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. (A. Queirós & B. Lourenço, Trads.) Coimbra: Quarteto. (tradução do original inglês from novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice, 2001, New Jersey: Prentice Hall).
- Borges, D. R. O., Pereira, M. A. G. & Vieira, A. C. M. L. (2015). A comunicação com a família em contexto de cuidados intensivos. *Revista Referência [Suplemento]*, Série IV (4), 10.
- Carapeto, S. C. C. (2012). *Via verde coronária e enfarte agudo do miocárdio: tempo médio entre a admissão no serviço de urgência central e a reperfusão por angioplastia primária*. (Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Lisboa, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, Lisboa). Consultado em <http://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/4228/1/Via%20verde%20coron%C3%A1ria%20e%20enfarte%20agudo%20do%20mioc%C3%A1rdio1.pdf>

- Castro, C., Vilelas, J. & Botelho, M. A. R. (2011). A experiência vivida da pessoa doente internanda numa UCI: revisão sistemática da literatura. *Pensar em Enfermagem*, 15(2), 41-59. Consultado a 15 de janeiro, disponível em [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Pensar%20Enfermagem15_2sem_41_59\(1\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Pensar%20Enfermagem15_2sem_41_59(1).pdf)
- Chicória, M. I. G. (2013). *Cuidados de Enfermagem: uma prática baseada na evidência*. (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra). Consultada em <http://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=27656&code=210>
- Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Parecer 8/2008 sobre informações telefónicas a familiares de utentes*. Consultado a 30 de junho de 2016, disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/CJ_Documentos/Parecer8_2008_%20informacoes_telefonicas.pdf
- Cordeiro, W. C. (2014). *Correlação entre o sistema de classificação de risco de Manchester e o uso de recursos assistenciais nos serviços de urgência em um hospital regional no Estado de Minas Gerais*. (Dissertação de mestrado, Hospital Sírio-Libanês, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, Minas Gerais, Brasil). Consultada em http://www.grupoportuguestriagem.pt/images/documentos/welfane_cordeirojunior_dissertacaodemestrado26042014.pdf
- Correia, A. F. R. (2012). Enfermagem em emergência pré-hospitalar: existem ou não competências? *Sinais Vitais*, 105, 21-26.
- Correia, M. C. B. (2012). *Processo de construção de competências nos enfermeiros em UCI*. (Tese de doutoramento, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Universidade de Lisboa, Lisboa). Consultada em http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/7992/1/ulsd064901_td_Maria_Correia.pdf

- Costa, G. C. (2015). *Acreditação e certificação em Portugal: retrato da situação portuguesa atual e comparação entre os referenciais CHKS, JCI, ACSA e ISSO 9001*. (Dissertação de mestrado, Escola de Engenharia, Universidade do Minho, Braga). Consultada em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/39905>
- Costa, L. M. B., Pereira da Hora, M., Araújo, E. O. & Pedreira, L. C. (2011). Cuidado de Enfermagem a uma paciente em uso da ECMO. *Revista Baiana de Enfermagem, Salvador*, 25(2), 209-222. Consultada a 29 de junho de 2016, disponível em <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/5325/4478>
- Craig, J. & Smyth, R. (Eds.). (2003). *Prática baseada na evidência: manual para enfermeiros*. (M. Sampaio, Trad.) Loures: Lusociência. (tradução do original inglês *The evidence-based practice: manual for nurses*, 2003. Liverpool: Elsevier Science Limited).
- Departamento da Qualidade em Saúde. (2016). *Relatório do progresso da monitorização: 3º trimestre de 2016*. Lisboa: Direção-Geral de Saúde. Consultado a 10 de janeiro de 2017, disponível em <https://www.dgs.pt/servicos-on-line1/notific-sistema-nacional-de-notificacoes-de-incidentes-e-de-eventos-adversos.aspx>
- Departamento da Qualidade em Saúde. (s.d.). *Sistema nacional de notificação: manual do profissional notificador*. Lisboa: Direção-Geral de Saúde. Consultado a 10 de janeiro de 2017, disponível em <https://www.dgs.pt/servicos-on-line1/notific-sistema-nacional-de-notificacoes-de-incidentes-e-de-eventos-adversos.aspx>
- Diogo, C. S. (2007). *Impacto da relação cidadão - sistema de triagem de Manchester na requalificação das urgências do SNS*. (Dissertação de mestrado, Instituto Superior das Ciências do Trabalho e da Empresa, Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa). Consultada em <https://rdconsultoria1-public.sharepoint.com/Downloads/Educa%C3%A7%C3%A3o%20Continuada/Gest%C3%A3o%20de%20Riscos/Acolhimento/IRC-Sistema%20Triagem%20Manchester.pdf>

- Direção-Geral de Saúde. (2014). *Programa nacional de prevenção e controlo da infeção e resistências aos antimicrobianos: relatório da campanha nacional para a higiene das mãos: resultados de 2012*. Lisboa: Autor.
- Direção-Geral de Saúde. (2016a). *Portugal: prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos em números 2015. programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos*. Lisboa: Autor.
- Direção-Geral de Saúde. (2016b). *Programa nacional de prevenção e controlo da infeção e resistências aos antimicrobianos: relatório de auditoria às precauções básicas de controlo de infeção e monitorização da higiene das mãos: análise evolutiva 2014-2015*. Lisboa: Autor.
- Direção Regional de Estatística da Madeira. (2016). *Estatísticas da saúde da Região Autónoma da Madeira ano de 2015*. Funchal: Autor.
- Extracorporeal Life Support Organization. (2013). *General guidelines for all ECLS cases*. Consultado a 26 de junho de 2016, disponível em www.else.org/resources/guidelines.aspx
- Fermi, M. R. V. (2010). *Diálise para Enfermagem: guia prático*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Ferreira, A. C. (2015). Técnicas Depurativas. In P. Ponce & J. J. Mendes (Coords). *Manual de Medicina Intensiva* (pp. 267-273). Lisboa: Lidel.
- Ferreira, N., Miranda, C., Leite, A., Revés, L., Serra, I., Fernandes, A. P. & Freitas, P. T. (2014). Dor e Analgesia em Doente Crítico. *Revista Clínica do Hospital Fernando Fonseca*, 2 (2), 17-20.
- Ferreira, R. (2013). Via Verde para a Vida. *Teste Saúde*, (102), 18-21. Consultado a 25 de maio de 2016, disponível em <http://www.dgs.pt/?cr=24142>

- Ferreira, R. J. O., Luzio, F. C. M. & Santos, M. C. M. (2010). Passagem de turno dos enfermeiros nos quartos (visita de Enfermagem): opinião dos utentes. *Revista Referência*, 3 (12), 29-37.
- Figueira, A. (2013). *Prevenção e controlo da infeção no serviço de urgência: a higienização das mãos*. (Relatório de trabalho de projeto, Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde, Setúbal). Consultado a <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/6100/1/Versao%20PDF.pdf>
- Fonseca, J. (2013). Avaliação da dor no doente crítico em unidade de cuidados intensivos: revisão sistemática de literatura. *Nursing*, (288). Consultada a 10 de janeiro de 2017, disponível em <http://www.nursing.pt/avaliacao-da-dor-no-doente-critico-em-unidade-de-cuidados-intensivos-revisao-sistemica-de-literatura/>
- Frederico, M. & Leitão, M. (1999). *Princípios de Administração para Enfermeiros*. Coimbra: Formasau.
- Galinha de Sá, F. L. F. R., Botelho, M. A. R. & Henriques, M. A. P. (2015). Cuidar da família da pessoa em situação crítica: a experiência do enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 19 (1), 31.
- Gaudry, S., Hajage, D., Schortgen, F., Martin-Lefevre, L., Pons, B., Boulet, E., . . . Dreyfuss, D. (2016). Initiation strategies for renal-replacement therapy in the intensive care unit. *New England Journal Medicine*, 375(2), 122-133, DOI: 10.1056/NEJMoa1603017.
- Golestaneh, L., Richter, B. & Amato-Hayes, M. (2012). Logistics of renal replacement therapy: relevant issues for critical care nurses. *American Journal of Critical Care*, 21 (2) . 126-130. Consultado a 25 de outubro de 2016, disponível em <http://ajcc.aacnjournals.org/content/21/2/126.full.pdf+html>
- Gomes, J. (2015). Dotações adequadas de enfermeiros especialistas: melhores cuidados de Enfermagem. In Mesa do Colégio da Especialidade EMC, *Livro de Resumos do 3º*

Encontro de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica (27-30). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Gomes, M., Martins, F. & Pinto, F. (2009). SLED (Sustained Low-Efficiency Dialysis): uma reflexão da prática de Enfermagem em cuidados intensivos. *Revista Portuguesa de Medicina Intensiva*, 16 (2), 18-21.

Gómez-Rojas, J. P. (2015). Las competencias profesionales. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 38 (1), 49-55. Consultado a 2 de janeiro de 2017, disponível em <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2015/cma151g.pdf>

Grupo Português de Triagem. (2002). *Triagem no serviço de urgência: grupo de triagem de Manchester, manual do formando*. (2ª Ed.). Portugal: Autor.

Henriques, A., Costa, D., Oliveira, N., Silva, R., Realista, S., Faria, T., ... Caria, H. (2014). *Estudo Piloto: transporte do doente crítico adulto: que critérios estão subjacentes a tomada de decisão do enfermeiro responsável*. Consultado a 15 de janeiro de 2017, disponível em <http://www.nursing.pt/estudo-piloto-transporte-do-doente-critico-adulto-que-criterios-estao-subjacentes-na-tomada-de-decisao-do-enfermeiro-responsavel/>

Instituto Português do Sangue e Transplantação IP. (2015). *Relatório da atividade transfusional e sistema português de hemovigilância 2015*. Lisboa: Autor. Consultado a 30 de janeiro de 2017, disponível em http://ipst.pt/files/TRANSFUSIONAL/HEMOVIGILANCIA/Relatorio_de_atividade_e_do_SPH_2015.pdf

International Council of Nurses & World Health Organization. (2009). *ICN - Framework of Disaster Nursing Competencies*. Genebra: ICN. Consultado a 1 de fevereiro de 2017, disponível em http://www.wpro.who.int/hrh/documents/icn_framework.pdf?ua=1 >. ISBN 978-92-95-065-79-6

- International Council of Nurses. (2006). *Dotações Seguras Salvam Vidas*. Genebra: Autor. Consultado a 1 de fevereiro de 2017, disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2006.pdf
- International Council of Nurses. (2014). *Classificação internacional para a prática de Enfermagem versão 2011*. (H. Castro, Trad.) Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. (título original em inglês International Classification for Nursing Practice, 2011, Genebra: ICN).
- Jardim, S. (2015). *Normas Orientadoras para a elaboração de trabalhos académicos*. Funchal: Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny.
- Jesus, É., Roque, S. & Amaral, A. F. S. (2015). Estudo RN4cast em Portugal: ambientes da prática de Enfermagem. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 13, 26-44.
- KDIGO. (2012). Clinical practice guideline for acute kidney injury. *Journal of the International Society of Nephrology (Suplemento)*, 1, 1-138. Consultado em 26 de junho de 2016, disponível em http://www.kdigo.org/clinical_practice_guidelines/pdf/KDIGO%20AKI%20Guideline.pdf
- Kitchlu, A., Adhikari, N., Burns, K. E. A., Friedrich, J., Garg, A. X., Klein, D. & Wald, R. (2015). Outcomes of sustained low efficiency dialysis versus continuous renal replacement therapy in critically ill adults with acute kidney injury: a cohort study. *BMC Nephrology*, 15(127), DOI:10.1186/s12882-015-0123-4.
- Konkani, A. & Oakley, B. (2012). Noise in hospital intensive care units: a critical review of a critical topic. *Journal of Critical Care*, 27(5). 522-529, DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcrc.2011.09.003>.
- Lima, C. (2005). Do conceito ao diagnóstico de morte: controvérsias e dilemas éticos. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 12(1), 6-10.

- Lopes, J. A. M. (2009). *Avaliação Epidemiológica da lesão renal aguda no doente crítico*. (Tese de Doutoramento, Faculdade de Medicina de Lisboa, Universidade de Lisboa, Lisboa. Consultada em http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1162/1/20488_ulsd_re510_TD_Jose_Lopes1.pdf
- Lopes, H. & Frias, A. (2014). *Eventos adversos no transporte do doente crítico: percepção dos enfermeiros de um hospital central*. Consultado a 10 de janeiro de 2017, disponível em <http://www.nursing.pt/eventos-adversos-no-transporte-do-doente-critico-percepcao-dos-enfermeiros-de-um-hospital-central/>
- Machado, H. (2008). *Relação entre a triagem de prioridades no serviço de urgência (metodologia de Manchester) e a gravidade dos doentes*. (Trabalho de projeto para o mestrado gestão em saúde, Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade de Lisboa, Lisboa. Consultado em http://grupoportuguestriagem.pt/images/documentos/machado_h.pdf
- Marcelino, P., Marum, S., Caramelo, N., Alves, C., Dias, C. & Alves, I. (2006). *Guia prático para a abordagem da insuficiência renal em cuidados intensivos*. Loures: Lusociência.
- Marques, A. S. S. S. P. (2013). *Confortar em Enfermagem*. (Relatório de mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade católica Portuguesa, Lisboa. Consultado em <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/17718/1/Relat%C3%B3rio%20Confortar%20em%20Enfermagem.pdf>
- Maxson, P. M., Derby, K. M., Wroblewski, D. M & Foss, D. M. (2012). Bedside nurse-to-nurse handoff promotes patient safety. *MEDSURG Nursing*, 21(3), 140. Consultado a 25 de janeiro de 2017, disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22866433>
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.

Mendes, A. (2015). *A Informação à família unidade de cuidados intensivos*. Loures: Lusodidacta.

Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica. (2013). *Parecer 05/2013 sobre as competências do enfermeiro para utilização do equipamento de oxigenação por membrana extracorporeal: ECMO na unidade de cuidados intensivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Consultado a 25 de junho de 2016, disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer%20sobre%20as%20Compet%C3%Aancias%20do%20Enfermeiro%20para%20Utiliza%C3%A7%C3%A3o%20do%20Equipamento%20de%20Oxigena%C3%A7%C3%A3o%20por%20Membrana%20Extracorporeal.pdf>

Morgado, T., Seabra, S., Ferreira, F., Mendes, A. T., Mateus, F., Pereira, F. & Morais, M. (2014). A tomada de decisão ético-deontológica dos enfermeiros. *Revista Portuguesa de Bioética, Cadernos de Bioética*, 59 (20), 113-129.

Muniz, L. M. N. & Stroppa, M. A. (2009). Desconfortos dos pacientes internados na UTI, quanto à poluição sonora. *RAHIS: Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde*, 2(3), 56-62. Consultado a 25 de janeiro de 2016, disponível em <http://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/view/808/682>

National Patient Safety Foundation. (2015). *Livre de danos (Free From Harm)*. Boston: Autor.

Nolan, J. P., Soar, J., Cariou, A., Cronberg, T., Moulaert, V. R. M., Deakin, C. D., . . . Sandroni, C. (2015). European Resuscitation Council and European Society of Intensive Care medicine guidelines for post-resuscitation care 2015. *Resuscitation*, 95, 202-222, DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2015.07.018>.

Norte, G. R. L. C. P. (2013). *Enfarte agudo do miocárdio com supra-ST: avaliação do protocolo de via verde coronária*. (Dissertação de mestrado, Faculdade de

Medicina, Universidade da Beira Interior, Covilhã. Consultada a <http://www.fcsaude.ubi.pt/thesis2/anexo.php?id=d56ee57fbe788ea8>

NovarettiI, M. C. Z., Santos, E. V., Quitério, L. M. & Daud-Gallotti, R. M. (2014). Sobrecarga de trabalho da Enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(5), 692-699. Consultada a 1 de fevereiro de 2017, disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n5/0034-7167-reben-67-05-0692.pdf>

Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. (12 de janeiro de 2017). OCDE alerta para utilização “desadequada” dos serviços de urgência em Portugal. *Público*.

Oliveira, M. (2010). Dor nos cuidados intensivos: monitorização e tratamento. In A. Silva, & M. Lage (Coords), *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp. 121-137). Coimbra: Formasau.

Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Código deontológico do enfermeiro: dos comentários à análise dos casos*. Lisboa: Autor.

Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Sistemas de informação em enfermagem (SIE) – princípios básicos da arquitetura e principais requisitos técnico-funcionais*. Lisboa: Autor. Consultado a 14 de fevereiro de 2016, disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/SIE-PrincipiosBasicosArq_RequisitosTecFunc-Abril2007.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual, enunciados descritivos*. Lisboa: Autor.

Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Guia orientador de boa prática: cuidados à pessoa com doença renal crónica terminal em hemodiálise*. Lisboa: Autor.

Parreira, P. (2005). *Organizações*. Coimbra: Formasau.

- Penedo, J. M. V. S., Ribeiro, A. A. B., Lopes, H. A. R. C., Pimentel, J. M. P. C., Pedrosa, J. A. G. P. S., Sá, R. A. M. V. & Moreno, R. P. J. (2013). *Avaliação da situação nacional das unidades de cuidados Intensivos: relatório final do grupo de trabalho*. Lisboa: Ministério da Saúde. Consultado a 3 de janeiro de 2017, disponível em <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Avalia%C3%A7%C3%A3o-nacional-da-situa%C3%A7%C3%A3o-das-unidades-de-cuidados-intensivos.pdf>
- Pereira, C. A. A. (2010). *A vivência da morte de um familiar no serviço de urgência: contributos da Enfermagem*. (Dissertação de mestrado, Instituto de Ciências Médicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto. Consultada em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26912/3/Tese%20Carina.pdf>
- Pereira, R. P. G., Cardoso, M. J. S. P. O. & Martins, M. A. C. S. C. (2012). Atitudes e barreiras à prática de Enfermagem baseada na evidência em contexto comunitário. *Revista de Enfermagem Referência III*, (7), 55-62.
- Peres, L. A. B., Wandeur, V. & Matsuo, T. (2015). Predictors of acute kidney injury and mortality in an Intensive Care Unit. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 37 (1), 38-46, DOI: 10.5935/0101-2800.20150007.
- Pessini, L. (2016). Vida e Morte e UTI: a ética no fio da navalha. *Revista Bioética*, 24 (1), 54-63, DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422016241106>.
- Pinho, J., Carneiro, H. & Alves, F. (2012). *Plano Nacional de Avaliação da Dor: resultados*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. Consultado a 10 de maio de 2016, disponível em http://spci.pt/files/2016/03/Relatorio_Final_GAD1.pdf
- Pinto, A. (2016). Via Verde dos Avc's. In *Sessões Clínicas do Hospital Fernando Fonseca: Serviço de Neurologia*. Hospital Fernando Fonseca, 7 de março de 2016. Amadora. Consultada a 25 de maio de 2016, disponível em <http://repositorio.hff.min-saude.pt/bitstream/10400.10/1569/2/Via%20verde%20AVC%20SC%202016%20new.pdf>

- Pinto, C. M. C. B. (2011). *Desenvolvimento do pensamento ético no contexto da formação inicial de enfermeiros*. (Tese de Douramento, Universidade de Aveiro, Aveiro). Consultada em <http://ria.ua.pt/handle/10773/4714>
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. (26 de set. 1994). Decreto-Lei nº244/94. *Diário da República nº 223, I Série A*.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. (6 de mar. 2002). Despacho Normativo nº 11/2002. *Diário da República nº 55, I Série-B*.
- PORTUGAL. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. (24 de mar. 2006). Decreto-Lei nº 74/2006. *Diário da República nº 60, I Série A*.
- PORTUGAL. Assembleia da República. (3 jul. 2006). Lei nº 27/2006. *Diário da República nº 126, I Série*.
- PORTUGAL. Serviço Regional de Proteção Civil da Madeira. (30 de jun. 2009). Decreto Legislativo Regional nº17/2009/M. *Diário da República nº 124, I Série*.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral de Saúde - Circular Normativa 07/DQS/DQCO. 2010-03-31. Organização dos cuidados hospitalares urgentes ao doente traumatizado. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.
- PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (18 fev. 2011a). Regulamento nº 122/2011: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República nº 35, II Série*.
- PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (18 fev. 2011b). Regulamento nº 124/2011: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República nº 35, II Série*.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral de Saúde - Circular Normativa 029/2012. 2012-10-31. Precauções básicas do controlo da infeção. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. (6 de nov. 2013). Despacho nº 14341. *Diário da República nº 215, II Série.*

PORTUGAL. Assembleia da República. (21 mar. 2014). Lei nº 15/2014. *Diário da República nº 57, I Série.*

PORTUGAL. Ministério da Saúde. (11 de agosto 2014). Despacho 10319/2014. *Diário da República nº 153, II Série.*

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (2 dez. 2014). Regulamento nº 533/2014: Normas para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Diário da República nº 233, II Série.*

PORTUGAL. Ministério da Saúde. (10 de fev. 2015). Despacho nº 1400-A/2015. *Diário da República nº 28, II Série.*

PORTUGAL. Ministério da Saúde. (27 de mai. 2015). Despacho nº 5613. *Diário da República nº 102, II Série.*

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral de Saúde - Circular Normativa 002/2015. 2015-06-03. Sistemas de triagem dos serviços de urgência e referência interna imediata. Triagem de Manchester, Canadian paediatric triage and acuity scale, implementação, auditoria interna e externa. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (26 jun. 2015). Regulamento nº 361/2015: Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República nº 123, II Série.*

PORTUGAL. Assembleia da República. (16 set. 2015). Lei nº 156/2015. *Diário da República n.º 181, I Série.*

Rabindranath, K. S., Adams, J., MacLeod, A.M. & Muirhead, N. (2007). *Intermittent versus continuous renal replacement therapy for acute renal failure in adults*, DOI:10.1002/14651858.CD003773.pub3.

Richardson, A. & Whatmore, J. (2014). Nursing essential principles: continuous renal replacement therapy. *Nursing in Critical Care*, 1 (20), 8-15, DOI: 10.1111/nicc.12120.

Rodrigues, M. V., Carâp, L. J., Warrak, L. O. & Rezende, T. B. (2011). *Qualidade e acreditação em saúde*. Rio de Janeiro: FGV.

Santos-Rua, M. (2011). *De aluno a enfermeiro: desenvolvimento de competências em contexto de ensino clínico*. Loures: Lusodidacta.

Schwenger, V., Weigand, M. W., Hoffman, O., Dikow, R., Kihm, L. P., Seckinger, J., . . . Morath, C. (2012). Sustained low efficiency dialysis using a single-pass batch system in acute kidney injury: a randomized interventional trial, the renal replacement therapy study in intensive care unit patients. *Critical Care*, 16(4), 1-9, DOI: 10.1186/cc11445.

Serrano, M. T. P., Carneiro da Costa, A. S. M. & Nunes da Costa, N. M. V. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*, III (3), 15-23.

SESARAM. (2008). *Plano de resposta hospitalar a emergências externas com vítimas*. Funchal: Autor.

Severino, R., Saiote, E., Martinez, A. P., Deodato, S. & Nunes, L. (2010). Nursing Activities Score: índice de avaliação da carga de trabalho de Enfermagem na UCI. *Percursos*, (16), 3-13. Consultado a 15 de fevereiro de 2017, disponível em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9208/1/Revista%20Percursos%20n16>

_Nursing%20Activities%20Score%20-%20%C3%8Dndice%20de%20avalia%C3%A7%C3%A3o%20da%20carga%20de%20trabalho%20de%20Enfermagem%20na%20UCI.pdf

Silva, A. M. F. (2007). *O direito à privacidade do doente no serviço de urgência*. (Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto). Consultada em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/22110/3/tese%202.pdf>

Silva, A. M. (2009). *Triagem de prioridades, triagem de Manchester*. (Dissertação de mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto). Consultada em http://grupoportuguestriagem.pt/images/documentos/tese_mestrado_triagem_prioridades%20_triagem_manchester_v.pdf

Silva, A. G. (2012). *A pessoa em situação crítica em contexto de cuidados intensivos - vivências da família*. (Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo). Consultada em http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/1200/1/Anabela_Silva.pdf

Silva, E. B. B. (2012). *Satisfação dos utentes com o atendimento de Enfermagem no serviço de urgência geral*. (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Viseu, Viseu). Consultada em <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1632/1/SILVA%20Etelvina%20Branco%20Barreira%20Satisfa%C3%A7%C3%A3o%20dos%20utentes%20com%20atendimento%20de%20enfermagem%20no%20SU.pdf>

Silva, G. L. D. F. & Thomé, E. G. R. (2009). Complicações do procedimento hemodialítico em pacientes com insuficiência renal aguda. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 30 (1), 33-39. Consultado em 15 de outubro de 2016, disponível em <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/3844/6557>

- Silva, N. M. J. (2014). *O ruído hospitalar: implicações no bem-estar do doente*. (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Saúde de Viseu, Instituto Politécnico de Viseu, Viseu. Consultada em <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/2060/1/SILVA%2c%20N%C3%A9lio%20Miguel%20Jesus%20-%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20mestrado.pdf>
- Silvestre, M. J. S. (2012). *Os registos de Enfermagem: um olhar sobre o estado real da saúde das pessoas*. (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra). Consultada em de <http://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=24292&code=431>
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos & Ordem dos Médicos. (2008). *Transporte do doente crítico: recomendações*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos.
- Sousa, D. (11 de Fevereiro de 2013). Competências e saberes de Enfermagem. *Jornal da Madeira*.
- Sousa, L., Almeida, A. & Simões, C. J. (2011). Vivências em serviço de urgências: o papel dos acompanhantes dos doentes. *Saúde e Sociedade*, 20 (1), 195-206. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000100021>.
- Sousa, M. R. G., Silva, A. E. B. C., Bezerra, A. L. Q., Freitas J. S. & Miasso, A. I. (2013). Efeitos adversos em hemodiálise: relatos de profissionais de Enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da Unidade de Saúde de São Paulo*, 1 (47), 76-83. Consultada a 15 de outubro de 2016, disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n1/a10v47n1.pdf>
- Teixeira, J. (2006). Conceitos de triagem. In P. Ponce & P. Teixeira (Coords), *Manual de urgências e emergências* (pp. 327-329). Lisboa: Lidel.
- Toldo, M. P., Grazioli, D. S., Hanuer, M. C, Rosa, A. P. & Silva, T. G. (2016). Acolhimento de familiares em sala de espera da unidade de terapia intensiva

(UTI). *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 15 (4), 116-117. Consultado em 31 de janeiro de 2017, disponível em http://www.mastereditora.com.br/periodico/20160807_1111032.pdf

Urden, L., Stacy, K. & Lough, M. (2008). *Thelan's Enfermagem de cuidados intensivos: diagnóstico e intervenção* (L. Abecasis, F. Silva, & T. Leal, Trans.) (5ª Ed.). Loures: Lusodidacta. (tradução do original em inglês *Thelan's Critical Care Nursing: diagnosis and management*, 2006, New York: Elsevier Inc.).

Veríssimo, F. I. L. & Pontífice-Sousa, P. C. (2014). *O processo de comunicação enquanto instrumento essencial à prática de cuidados humanizados à pessoa em situação crítica e sua família em contexto de urgência*. Consultado a 29 de janeiro de 2017, disponível em <http://www.nursing.pt/o-processo-de-comunicacao-enquanto-instrumento-essencial-a-pratica-de-cuidado-humanizado-a-pessoa-em-situacao-critica-e-sua-familia-em-contexto-de-urgencia/>

Zarbock, A., Kellum, J., Schmidt, C., Aken, V., Wempe, C., Pavanstad, H., . . . Meersch, M. (2016). Effect of early vs delayed initiation of renal replacement therapy on mortality in critically ill patients with acute kidney injury: the ELAIN randomized clinical trial. *JAMA*, 315(20), 2190-2199, DOI: 10.1001/jama.2016.5828.

APÊNDICES

Apêndice A- Documento de apoio à prescrição de TSFR na UCIP do Hospital Santo António, Porto

TÉCNICAS DE SUSBTITUIÇÃO DA FUNÇÃO RENAL

Atitudes dos enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos

1. Âmbito

A insuficiência renal no doente crítico é um “fator independente de mau prognóstico e raramente se apresenta como uma entidade autónoma” (Marcelino *et al*, 2006, p.1).

O objetivo do tratamento da IRA em cuidados intensivos é modificar a história natural da doença a curto prazo e funciona como suporte da função renal transitório “aguardando-se o momento em que o organismo consiga recuperar a sua condição basal ou pelo menos consiga sobreviver sem suporte artificial” (Marcelino *et al*, 2006, p.58).

Segundo Marcelino *et al* (2006), uma unidade de cuidados intensivos polivalente poderá incluir a prescrição de TSFR a 15% dos doentes internados, ressalvando que este valor fica aquém da real incidência das alterações graves na função renal dos doentes críticos. Assim, uma grave lesão renal (expressa pelo valor de creatinina superior a 2.5mg/dl, ureia superior a 100mg/dl e débito urinário inferior a 400ml nas 24horas) poderá afetar 35% dos doentes internados sem que tenha sido realizada uma técnica de substituição da função renal. Assim, o mesmo autor acredita que apenas 1/3 dos doentes com grave lesão renal aguda são submetidos a hemodiálise.

Conforme o Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (REPE), o enfermeiro assumirá intervenções que poderão ser autónomas ou interdependentes, sendo que as últimas são prescritas por outro técnico; todavia como profissional que é, assumirá a responsabilidade, ou não, da sua administração em conformidade com o Código Deontológico que rege a profissão.

A prescrição da diálise é da responsabilidade do médico e a sua implementação e monitorização remete-se ao enfermeiro. A partir daqui este terá de estar preparado para, além de conhecer a técnica e os procedimentos associados, reconhecer antecipadamente complicações e intervir de modo a preveni-las.

Na UCIP do Hospital Santo António, as TSFR são realizadas em colaboração e responsabilidade partilhada entre a equipa médica e de enfermagem da própria unidade e do serviço de Nefrologia/Unidade de Diálise.

A técnica dialítica que mais se pratica na UCIP do Hospital Santo António é a Sustained Low Efficiency Dialysis (SLED). A SLED surgiu em 2007 como uma alternativa às técnicas dialíticas contínuas, sendo que, tais como estas, apresenta também uma alta tolerabilidade pelos doentes críticos, principalmente os mais instáveis em termos hemodinâmicos (Kitchlu *et al*, 2015). Alguns estudos de investigação, como o desenvolvido por Kitchlu *et al* (2015) - *Outcomes of sustained low efficiency dialysis versus continuous renal replacement therapy in critically ill adults with acute kidney injury: a cohort study* – não evidenciaram *outcomes* diferentes para os doentes submetidos a técnica contínua ou SLED.

A técnica SLED combina algumas características, entre elas o facto de ser uma técnica simples de hemodiálise, abarcar um tempo de diálise prolongado (8 a 12 horas), utiliza baixos débitos de sangue (150/250ml/min), utiliza baixo fluxo de dialisante (300ml/min) e permite uma ultrafiltração lenta, progressiva e programável.

2. Finalidade

A finalidade deste documento será a de constituir um documento de consulta para uniformizar atitudes dos enfermeiros da UCIP em relação às técnicas de substituição da função renal realizadas na unidade, nomeadamente no que se refere à resolução de problemas relacionados com a manutenção da técnica e antecipação de complicações, sendo estas atitudes como forma de colaboração com os colegas da unidade de diálise no sentido viabilizar ao máximo todas as técnicas realizadas. Isto para garantir o máximo tempo efetivo de tratamento, reduzir o gasto de material, reduzir o custo em recursos humanos e reduzir as perdas sanguíneas.

Todo o documento tem subjacente o modelo de colaboração entre o a UCIP e o serviço de Diálise/Nefrologia, do Hospital Santo António.

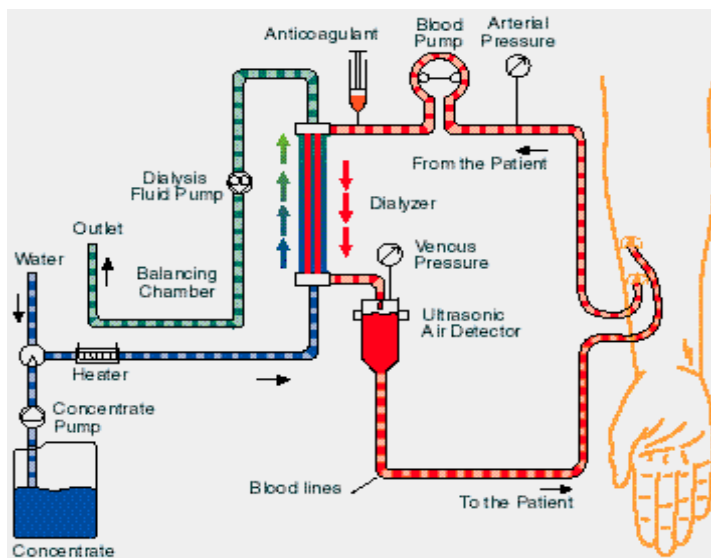
3. Objetivo

Uniformizar atitudes dos enfermeiros da UCIP em relação às técnicas de substituição da função renal realizadas na unidade, nomeadamente no que se refere

à resolução de problemas relacionados com a manutenção da técnica e antecipação de complicações (como primeira intervenção).

4. Procedimentos

4.1 Circuito da SLED



Fonte: <http://www.bbmed.ru/info/dialysis.html>

4.2 “Protocolo” da SLED

- Monitor¹
- Tratamento águas (Osmose portátil)
- Duração: 8-12 horas
- Débito de sangue – 150-200 ml/min.
- Débito de dialisante - 300 ml/min
- Ultrafiltração - de acordo com necessidades do doente, definida pelo médico intensivista.

Fonte: Enf. Paulo Pinheiro, Serviço de Nefrologia, Hospital Santo António

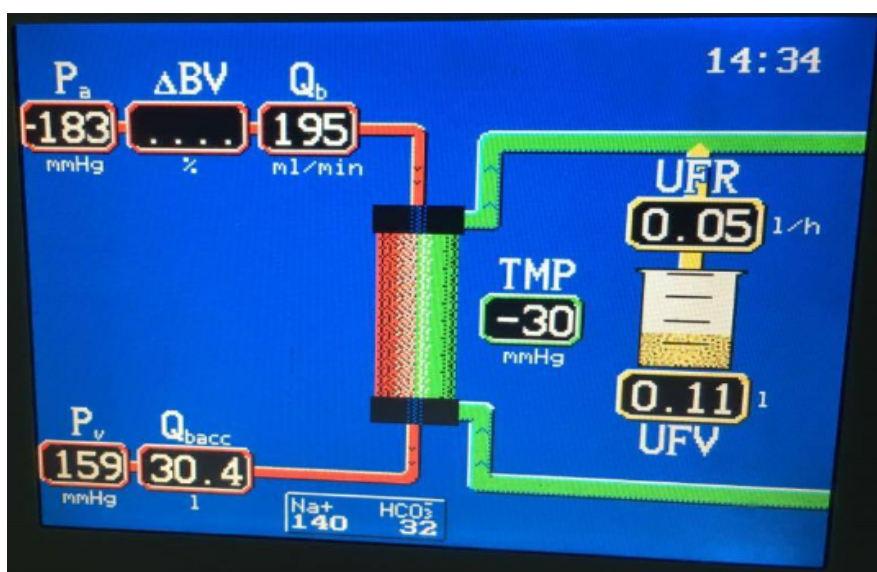
1. Monitor Gambro® AK200 Ultra S




4.3 O que vigiar?

Esperam-se que os enfermeiros da UCIP vigiem os seguintes parâmetros:

- Pressão venosa (Pv) - positiva
- Pressão arterial (Pa) - negativa
- Pressão do filtro (TMP ou TPM)
- Condutividade
- Presença de coágulos no circuito (no filtro e ampola venosa)



4.4 Resolução de Alarmes

A importância da resolução de alarmes prende-se com a manutenção do circuito de sangue através da retoma do funcionamento da bomba de san  o mais rápido possível. Se não se conseguir resolver o problema principal, o enfermeiro da UCIP ganha tempo até à chegada do enfermeiro da Nefrologia.

4.4.1. Relacionados com a pressão arterial


Os valores da pressão arterial são normalmente negativos, traduzidos pela pressão negativa que a bomba de sangue exerce no lúmen do cateter arterial para “sugar” o sangue. Quando excessivamente negativos e ultrapassando os limites pré-estabelecidos, a máquina alarma, significando problemas com o débito de sangue:

- Ramo arterial desconectado
- Ramo arterial dobrado
- Hipotensão sistémica


- Posicionamento do cateter (na parede do vaso)
- Presença de coágulos no ramo arterial

4.4.1.1 Intervenção do enfermeiro da UCIP

1 – Verificar a linha arterial na procura de possíveis desconexões ou *kinking* do ramo arterial.

2 – Pressionar o botão de “pressão arterial” , abrir os parâmetros inferior e superior, até deixar de alarmar.



- 3 – Pressionar novamente botão de “pressão arterial” .
- 4 – Verificar valor tensional do doente.
- 5 – Em caso de hipotensão, informar o médico e otimizar aminas e provável reposição volêmica (indicação médica).
- 6 - Se não resolver o alarme e a bomba de sangue continuar parada, contatar rapidamente o enfermeiro da Nefrologia.

4.4.2. Relacionados com a pressão venosa

Os valores da pressão venosa são normalmente positivos, traduzidos pela pressão do sangue ao longo do circuito até ao lúmen venoso. Quando a pressão venosa atinge valores muito elevados, o sistema alarma por uma das seguintes razões:

- 1 – A linha venosa está clampada ou dobrada.
- 2 – Presença de coágulos na linha ou ampola venosa.
- 3 – Coágulo no ramo venoso do cateter ou estenose da veia.

Quando a pressão venosa atinge valores muito baixos, o sistema alarma por uma das seguintes razões:


- 1 – Desconexão da linha venosa.

2 – Falência de débito arterial.



3 – Parâmetros desajustados.

4.4.2.1 Intervenção do enfermeiro da UCIP

Em caso de pressão venosa alta:

1 – Parar imediatamente a bomba de sangue - .

2 – Verificar a linha venosa.

3 – Se for o 1º motivo e a pressão regularizar, voltar a ativar a bomba de sangue , ajustar os parâmetros (alarmes), como está representando na imagem seguinte e pressionar o botão de “pressão venosa”  e restantes alarmes que estejam ativos.



4 - Se for o 2º motivo, observar a ampola e linha venosa, se estas se encontrarem com coágulos e se a pressão se mantiver >350mmHg, contactar o enfermeiro da Nefrologia.


5 – O 3º motivo, será resolvido pelo enfermeiro de Nefrologia.


Em caso de pressão venosa baixa:

1 – Parar bomba pressionando botão com .



2 – Verificar a linha venosa.

3 – Pressionar o botão de  e fazer mover os parâmetros inferior e superior até deixar de alarmar (como representado na imagem seguinte), pressionar


novamente o botão  para ajustar os parâmetros e os restantes alarmes que ficam a piscar.

4 – Caso não resulte, verificar a artéria, procedendo de acordo com os procedimentos do alarme de pressão arterial.


4.3. Fuga de Sangue

O único motivo para existir fuga de sangue é a rutura das fibras do filtro .

4.3.1 Intervenção do enfermeiro da UCIP

- 1 - Parar a bomba de sangue .
- 2 - Chamar imediatamente o enfermeiro da Nefrologia.

4.4. Pressão Transmembranar (TPM)

A pressão transmembranar  indica a diferença entre a pressão do lado da linha de sangue (dentro das fibras do filtro) e do lado do dialisante (fora das fibras) e traduz-se pela seguinte equação:

$$TPM = \frac{(\text{pressão arterial}) + (\text{pressão venosa})}{2} - \frac{(\text{pressão de entrada do dialisante}) + (\text{pressão de saída do dialisante})}{2}$$

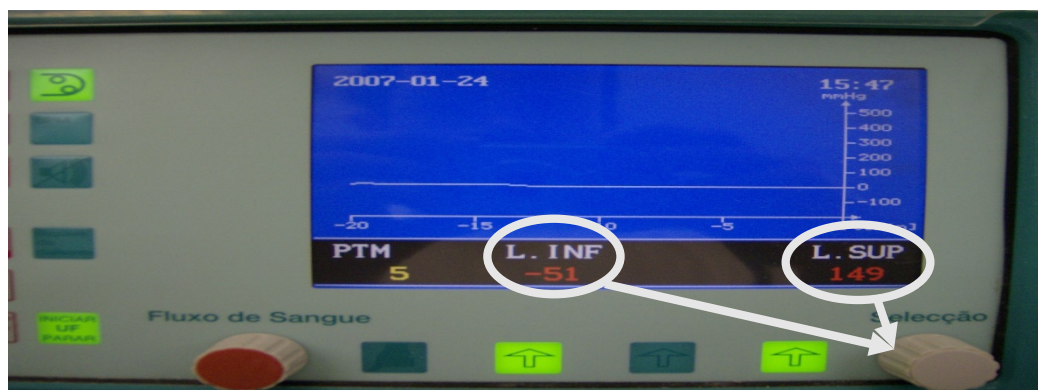
Os motivos pelo qual a TPM eleva-se está diretamente relacionada com a coagulação no filtro. O alarme poderá também surgir devido ao desajuste dos parâmetros pela própria máquina de diálise.

4.4.1 Intervenção do enfermeiro da UCIP

A monitorização dos alarmes da PTM é um cuidado muito importante porque antecipa e pode evitar a perda do circuito antes do término da diálise e, consequentemente, inviabilizar a devolução do sangue no circuito ao doente. Assim, na deteção da PTM a aumentar progressivamente, o enfermeiro da Nefrologia deverá ser avisado.

Em caso de alarme a soar, deverá proceder-se da seguinte forma:

- 1 – Para ajustar os parâmetros, pressionar o botão **PTM**, abrir os parâmetros inferior e superior e voltar a pressionar o botão **PTM**.



- 2 – Caso não resulte, chamar o enfermeiro de Nefrologia.

4.5. Condutividade

A condutividade é obtida pela concentração de sódio na concentração na solução dialisante.

Os motivos pelo qual o alarme da condutividade **Condutividade**:

1. Terminou o “Bicart”.
2. Terminou o concentrado ácido da diálise.



4.5.1 Intervenção do enfermeiro da UCIP

Perante ambas as situações descritas anteriormente, o enfermeiro da UCIP deve:

1. Contatar o enfermeiro da diálise para a respetiva substituição.

5. Conclusão

Este documento visa, não ensinar os enfermeiros da UCIP a manipularem a máquina e a técnica da diálise, mas a gerir determinados alarmes no sentido de rentabilizar o tratamento dialítico. Desta forma, estreita-se a colaboração entre os enfermeiros da UCIP e Nefrologia no sentido de garantir, ao máximo, o sucesso do tratamento prescrito.

6. Bibliografia

- Almeida, E. Moreira, P. & Póvoa, P. *Métodos Dialíticos em Cuidados Intensivos*. Disponível em: <http://www.uninet.edu/cimc99/mesas/dialisis/medialuci.htm>
- Gomes, V; Martins, F & Pinto, C. (2009). SLED (Sustained Low-Efficiency Dialysis) – Uma Reflexão da Prática de Enfermagem em Cuidados Intensivos. *Revista Portuguesa de Medicina Intensiva*, (2), 45-49.
- Marcelino, P. Fernandes, A. Ribeiro, J. (2006) Técnicas Dialíticas Híbridas ou Hemodiafiltração para Doentes Hemodinamicamente Instáveis. *Acta Médica Portuguesa*, (19), 275-280.
- Silva, G. & Thomas, E. (2009). Complicações do procedimento hemodialítico em pacientes com insuficiência renal aguda. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 1(30), 33-39.
- Fermi, M. (2010). *Diálise para Enfermagem: Guia Prático* (2ªEd.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Formação ministrada pelo Enf. Paulo Alexandre Pinheiro: Técnicas Depurativas em Cuidados Intensivos, Serviço de Nefrologia, Hospital Santo António, Porto.

Zélia Barreto

Estudante do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Novembro, 2016.

